



HAL
open science

La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes

Amandine Debarge

► To cite this version:

Amandine Debarge. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955507

HAL Id: dumas-00955507

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955507>

Submitted on 4 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

N° 100

THESE
pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par **Amandine DEBARGE**
née le 06.10.1984 à Lesquin

Le 31 Octobre 2013 à Saint Pierre

**La prescription de masso-kinésithérapie
par les médecins généralistes de l'île de la Réunion :
enquête auprès de 79 médecins généralistes.**

Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Clément BONHOMME

Membres du Jury
Monsieur le Professeur Jean-Michel MAZAUX, Président du Jury
Monsieur le Professeur Xavier COMBES
Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU
Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO, Rapporteur de Thèse

Remerciements

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Michel MAZAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chef de service de Médecine Physique et Réadaptation
Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin, Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de présider cette soutenance et nous vous en sommes sincèrement reconnaissant.

Veillez recevoir nos plus vifs remerciements et l'expression de notre plus profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Xavier COMBES

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chef de service des Urgences Médicales – SAMU 974
Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse et nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail.

Permettez-nous de vous témoigner toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Service de Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous sommes reconnaissant de l'enseignement apporté lors du stage de gynécologie-obstétrique réalisé à vos côtés.

Veillez recevoir l'expression de notre plus grand respect.

A notre Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Clément Bonhomme
Docteur en Médecine Physique et de Réadaptation
Service de Rééducation Fonctionnelle Infantile
Hôpital d'Enfants - Saint Denis, La Réunion

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse et d'en être juge, je t'en suis particulièrement reconnaissante.

Permetts-moi de te remercier sincèrement pour ta disponibilité, tes encouragements, tes précieux conseils et ta confiance apportés dans l'élaboration de ce travail.

Je t'adresse mes plus vifs remerciements et toute mon amitié.

A notre Rapporteur de thèse,
Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO
Docteur en Médecine Générale
Maître de Conférence Associé des Universités de Médecine Générale
Directeur du Département du 3^o cycle de Médecine Générale - UFR Santé, Bordeaux

Nous sommes très honorés de ta participation à notre travail en tant que rapporteur et membre du jury.

Nous te remercions pour ta relecture méticuleuse et tes remarques permettant de mener à bien ce travail.

Nous te sommes reconnaissants de l'intérêt et de l'énergie que tu apportes à l'enseignement de la Médecine Générale à la Réunion et du temps que tu consacres aux futurs médecins généralistes dans l'accomplissement de leur formation.

Nous t'adressons notre plus grand respect, et toute notre amitié.

A tous les professionnels de santé ayant participé à la réalisation de ce travail

Merci au Docteur Laetitia HUIART et Monsieur Cyril FERDYNUS, de l'unité de soutien méthodologique. Sans votre relecture et votre analyse statistique, ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour le temps que vous m'avez consacré, et pour celui que vous consacrez aux autres thésards.

Merci à Monsieur le Docteur Alain GRUBER, Directeur Régional du Service Médical de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale de la Réunion, et l'un des médecins conseil, le Docteur Gilles BASSET, pour m'avoir apporté les chiffres concernant la prescription de masso-kinésithérapie à la Réunion.

Merci aux médecins qui ont répondu à mon étude.

A tous les professionnels de santé qui m'ont enseigné la médecine

Que ce soit à Lille ou ici à la Réunion, merci pour leurs enseignements théoriques, leurs enseignements pratiques, et merci pour la confiance qu'ils m'ont accordée dans la prise en charge de leurs patients.

A ma famille

Merci à Raoul, ma moitié, pour ton amour et le bonheur que partageons ensemble depuis 12 ans déjà. Merci de m'avoir soutenue dès les premiers pas dans cette grande aventure, et d'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

Merci à Gaston, notre petit homme, notre amour, qui nous emplit de joie tous les jours. Merci pour ton sourire de coquin, tes fous rires, tes câlins, merci de nous donner envie d'agrandir la famille.

Merci à mes parents Monique et Jean-François, pour l'amour qu'ils m'apportent et leur soutien durant ces longues années d'études. Merci Maman pour ton dévouement et ton énergie consacrés à notre épanouissement, merci pour notre belle famille. Merci Papa pour ton savoir rhumatologique que tu me transmets et pour cette passion de la musique partagée avec nous. Je la retrouverai, tôt ou tard.

Merci à mon frère et ma sœur, Cyril et Cassandre. Merci pour cette belle fraternité, qui, j'espère, restera toujours intacte. Merci à vos moitiés, Lorine et François d'avoir partagé de merveilleux moments ensemble.

Merci à ma mamie Christiane, pour ton amour et tes conseils « potager ».

Merci à ma belle-famille, Luc, Nathalie, Gaspard et Agathe, Zéphyr et Géraldine, et Lola . Merci de m'avoir acceptée dans votre famille et pour tout l'amour partagé.

A mes amis

A nos amis de lycée, Amél et Doudou, Gridou, Marion et Rémi, Marion Cha, Luigi, Laurie-Anne, Max, Baptiste, Charled, Rémi. Merci pour cette belle amitié qui dure malgré la distance et les chemins de vie différents. Merci à ceux qui sont venus profiter de ce petit bout de paradis qu'est la Réunion, pour les autres, il est encore temps.

A mes amis de faculté, Méli-mélo, Clément, Eric, Thib et Thib. Merci pour votre soutien durant nos études, merci pour nos franches rigolades, merci d'être venus profiter de nous sous le soleil réunionnais.

A mes amis papangues, Toto et Servane, Guigui et Lolo, Mél et Pat et nos amis zoreilles, France et Flo, Camille, Guillaume et Gilou, Cathy et Samir, Anne-Claire, Estelle et Toto. Merci pour ces belles rencontres avec vous. Notre vie à la Réunion n'a été que plus belle grâce à vous.

Merci à mes paireux, Carole, Julie, Somaly, Omid et Gaël de votre enthousiasme pour cette belle médecine générale.

Table des matières

Liste des acronymes et abréviations.....	10
INTRODUCTION.....	11
I- HISTOIRE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE.....	13
I-1. Aux sources de la profession.....	15
I-2. De l'Antiquité à l'époque moderne.....	16
I-3. Au XIXème siècle, l'avènement de la gymnastique médicale	18
I-4. Massage empirique hygiénique contre massothérapie scientifique médicale.....	20
I-5. L'émergence de la physiothérapie.....	21
I-6. De 1900 à 1946, la reconnaissance de l'exercice paramédical est difficile.....	22
I-7. De 1946 à 2006, une évolution vers plus d'autonomie et de responsabilité.....	28
II- LA MASSO-KINESITHERAPIE : ASPECTS LEGISLATIFS.....	31
II-1. Domaines de compétences.....	33
II-2. Le droit de prescription.....	33
II-3. La prescription de masso-kinésithérapie.....	34
II-4. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels.....	35
II-5. Le bilan diagnostic kinésithérapique.....	38
II-6. La Demande d'Entente Préalable (DEP) devenue Demande d'Accord Préalable (DAP).....	40
III- LA MASSO-KINESITHERAPIE : ASPECTS PRATIQUES.....	43
III-1. Domaines d'intervention de la masso-kinésithérapie.....	45
III-2. Techniques de masso-kinésithérapie.....	46
III-2-a. Le massage.....	47
III-2-b. Lutte contre la douleur.....	47
III-2-c. Lutte contre les œdèmes.....	48
III-2-d. Entretien de la mobilité articulaire.....	48
III-2-e. Récupération de la mobilité articulaire.....	50
III-2-f. Techniques de renforcement musculaire.....	50
III-2-g. Récupération de la commande motrice.....	52
III-2-h. Lutte contre l'instabilité.....	52

III-2-i. Rééducation des troubles respiratoires.....	52
III-2-j. Gêne aux déplacements.....	53
III-2-k. Kinésithérapie et incontinence.....	53
III-2-l. La kinébalnéothérapie.....	54
III-2-m. Intolérance à l'effort.....	55
III-3. L'ordonnance.....	55
III-4. Le bilan diagnostic kinésithérapique et la fiche de synthèse.....	56
IV- LA MASSO-KINESITHERAPIE : QUELQUES CHIFFRES A LA REUNION.....	59
V- MATERIEL ET METHODES.....	69
V-1. Caractéristiques de l'étude.....	71
V-2. Objectifs de l'étude.....	71
V-3. Population étudiée et mode de recrutement.....	71
V-4. Déroulement de l'enquête.....	72
V-5. Le questionnaire.....	72
V-6. Analyse des données.....	73
V-7. Analyse statistique.....	73
V-8. Recherche bibliographique.....	74
VI- RESULTATS.....	75
VI-1. Généralités sur la population étudiée.....	77
VI-2. Connaissance de la masso-kinésithérapie.....	78
VI-3. La prescription de masso-kinésithérapie.....	82
VI-4. La relation avec le masseur-kinésithérapeute.....	90
VII- DISCUSSION.....	95
VII-1. Limites et biais de l'étude.....	97
VII-1-a. Taux de participation.....	97
VII-1-b. Biais de l'étude.....	97
VII-1-c. Qualité du questionnaire et des réponses.....	97
VII-1-d. Représentativité de l'échantillon.....	98
VII- 2. Profil de la population étudiée.....	98
VII- 3. Connaissances théoriques des médecins généralistes concernant la prescription de masso-kinésithérapie.....	99
VII-4. Attitudes pratiques des médecins généralistes de la Réunion.....	102

VII-5. La relation médecin-kinésithérapeute.....	109
VII-6. Y a t-il des améliorations à entreprendre pour améliorer les relations professionnelles ?.....	110
CONCLUSION	113
VIII- ANNEXES.....	119
Annexe 1 : Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.....	122
Annexe 2 : Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur- kinésithérapeute.....	126
Annexe 3 : Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.....	128
Annexe 4 : Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.....	129
Annexe 5 : Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.....	130
Annexe 6 : Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.....	131
Annexe 7 : Formulaire n° 12040*02 de Demande d'Accord Préalable	147
Annexe 8 : Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS avril 2011.....	150
Annexe 9 : Décret no 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique ...	152
Annexe 10 : Enquête auprès des médecins généralistes de l'île de la Réunion.....	154
Annexe 11 : Recommandations pour la pratique clinique de l'HAS en rapport avec la masso-kinésithérapie.....	162
BIBLIOGRAPHIE.....	164

Liste des acronymes et abréviations

ADELI Automatisation DEs Listes
ALD Affection Longue Durée
AMELI Assurance Maladie en Ligne
ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AT Accident du Travail
AVQ Echelle des Activités de la Vie Quotidienne
BDK Bilan Diagnostic Kinésithérapique
CHAP Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSP Code de la Santé Publique
DAP Demande d'Accord Préalable
DEP Demande d'Entente Préalable
DES Diplôme d'Etudes Spécialisées
DLM Drainage Lymphatique Manuel
DRAD Douleur du Rachis Auto-questionnaire de Dallas
ECN Examen National Classant
EFOM Ecole Française d'Orthopédie et de Massage
EIFEL Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques
EPP Evaluation des Pratiques Professionnelles
FMC Formation Médicale Continue
HAS Haute Autorité de Santé
IRDES Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
J-C Jésus-Christ
JO Journal Officiel
MK Masso-Kinésithérapie
NGAP Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDPS Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé
QIF Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgie
RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SNIIRAM Système National d'informations Inter Régions d'Assurance Maladie
UNCAM Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UPDRS Unified Parkinson's Disease Rating Scale
USM Unité de Soutien Méthodologique

INTRODUCTION

A la Réunion, la densité de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 60,5% ces 6 dernières années (source SNIIRAM) entraînant ainsi une augmentation notoire du recours aux soins de masso-kinésithérapie sur l'île. Les médecins généralistes réunionnais sont, quant à eux, à l'origine de 92% des prescriptions de masso-kinésithérapie sur l'année 2011 (source INSEE).

Ces chiffres viennent donc confirmer l'idée généralement admise d'une utilisation forte et croissante de la kinésithérapie dans les prescriptions des médecins généralistes, et souligne la pertinence et la nécessité d'une étude sur les liens qui unissent ces deux professions de santé sur le territoire réunionnais.

De plus, des évolutions récentes dans la législation modifient et renforcent les relations entre médecin et kinésithérapeute et justifient l'attention particulière que nous avons souhaité apporter sur ce point jugé central par l'ensemble des acteurs.

Au travers d'une enquête descriptive réalisée à la Réunion auprès de 79 médecins généralistes, nous évaluerons les connaissances théoriques et les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de masso-kinésithérapie et chercherons à mieux comprendre les interactions professionnelles qui régissent ces deux professions de santé. L'état des lieux ici réalisé se veut être la phase préalable à toute discussion ou décision permettant de poursuivre une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients dans ce domaine.

Dans un premier temps, nous retracerons l'histoire de la masso-kinésithérapie et constaterons son évolution entre un savoir faire initialement médical et l'avènement d'une profession à part entière.

Nous verrons ensuite, comment la législation ainsi que la normalisation des pratiques de masso-kinésithérapie viennent encadrer la profession et les échanges professionnels entre médecin et masseur-kinésithérapeute.

Après avoir abordé ces thèmes généraux, nous rappellerons quelques chiffres sur la démographie des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes à la Réunion, ainsi que la part des prescriptions de masso-kinésithérapie par les médecins du département. Nous aborderons ensuite notre enquête réalisée auprès des médecins généralistes de la Réunion en détaillant le matériel et les méthodes utilisés.

Enfin, nous exposerons les résultats de l'enquête et les interpréterons au travers d'une discussion axée sur les enseignements apportés par notre état des lieux .

I- HISTOIRE DE LA MASSO-KINESITHERAPIE

La masso-kinésithérapie (du grec « kinésis », mouvement et « therapeia », soin) regroupe tous les modes de traitement qui agissent sur l'organisme en lui imprimant des mouvements soit actifs, soit passifs : le massage, la gymnastique médicale, la balnéothérapie et l'électrothérapie en sont les composantes de base.

Héritée de la médecine grecque et romaine, la kinésithérapie, y compris le massage, tire ses origines d'un ensemble composite de connaissances appartenant aux savoirs populaires, à la physiologie des êtres vivants, ainsi qu'aux pratiques sportives ¹.

I-1. Aux sources de la profession

Le mot *massage* signifie toucher, pétrir, frotter les téguments avec les mains ou à l'aide d'appareils spéciaux dans une intention thérapeutique ou hygiénique. L'origine du mot massage n'est pas connue avec certitude : on le fait dériver du grec *massein* (presser dans les mains), ou de l'arabe *matz* (frotter doucement) ou de l'hébreu *massesh* (palper).

Massages, mobilisations et exercices respiratoires étaient déjà utilisés par les chinois vers 3000 avant J-C. Aux Indes les massages et les exercices étaient pratiqués selon les textes sacrés ayurvédiques. A cet égard, le massage et les techniques manuelles restent dans de nombreux pays d'Asie, la base de la médecine.

Dans l'Antiquité Grecque, Herodicus, médecin grec du V^{ème} siècle avant J-C mais aussi professeur de gymnastique, est considéré comme le premier à avoir utilisé l'exercice physique comme méthode thérapeutique pour le traitement des maladies chroniques et la préservation de la santé (jusque-là cet art n'avait été cultivé que pour former des militaires ou des athlètes). Il aurait été l'un des professeurs d'Hippocrate. Il a également recommandé une bonne alimentation et les massages combinés avec l'utilisation d'huiles essentielles, et ses théories ont fait de lui le précurseur de la médecine du sport. D'ailleurs, par cette prise en charge des maladies chroniques, Platon reprocha à Herodicus de prolonger la vie des gens valétudinaires et de leur faire ainsi une longue maladie, au lieu de les laisser à la nature qui les délivrerait promptement de leurs maux par la mort ².

Cette application de la gymnastique au traitement des maladies eut une grande influence sur la médecine antique. Les médecins grecs prirent l'habitude d'étudier les effets des exercices, de les admettre dans le cercle de leur thérapeutique, et de les prescrire d'une manière conforme à l'art dans une foule de cas ².

Puis viennent Hippocrate et Galien, tous deux à l'origine de la tradition médicale en gymnastique ³.

Hippocrate a défini la « théorie des humeurs » qui a influencé la médecine jusqu'à la Renaissance ; sa médecine fut divisée en deux branches : la médecine préventive ou hygiénique et la médecine curative.

Il fit appel aux massages pour traiter les traumatismes orthopédiques, affirmant que "le frottement peut resserrer une articulation trop lâche et détendre une articulation trop

rétractée". Les Grecs, intéressés par la beauté et l'éducation physique pratiquèrent le massage à tous les niveaux de la société, du praticien à l'esclave, et ce, dans des buts divers, notamment : la détente après les bains, l'assouplissement des tissus, l'accélération d'une convalescence en préparation et après les épreuves de force des lutteurs pour régénérer le corps ou soulager les douleurs après les jeux des gladiateurs.

Quant à Galien, comme chez Hippocrate, la gymnastique est incorporée à la médecine dont elle représente surtout une forme préventive et hygiénique. Négligeant la distinction hippocratique entre exercices forcés et naturels, il préfère les classer selon leur caractère actif ou passif. On trouve chez Galien, une interprétation personnelle du rôle de la gymnastique, de son action sur le corps. En outre, grâce à la théorie de la contraction musculaire et du mouvement, qui est œuvre galénique, la gymnastique agit sur les muscles⁴.

La médecine revendique désormais pour elle seule un pan entier de la gymnastique, une gymnastique préventive et thérapeutique qui s'intéresse avant tout au maintien et au rétablissement de la santé³.

Platon, écrira « *La République* », vers 375 avant J-C, où il fait part de deux arts essentiels lorsqu'il définit l'éducation : la Gymnastique pour le corps et la Musique pour l'âme. La gymnastique devait être simple pour rendre le corps sain⁴.

Enfin, vers la fin du I^{er} siècle, le poète latin Juvénal, écrira dans ses « *Satires* » (la dixième), le célèbre aphorisme *Mens sana in corpore sano* traduit par "un esprit sain dans un corps sain".

I-2. De l'Antiquité à l'époque moderne

Au Moyen-Age, l'Université Médiévale n'inclut aucun des arts mécaniques, sauf la médecine, dans sa version la moins manuelle, la plus spéculative, celle qui exclut la chirurgie. Les Facultés avaient une grande importance sociale et intellectuelle, à condition que leur enseignement soit assez théorique et qu'il n'inclut jamais d'apprentissages manuels, car ce sont là des conduites d'esclaves.

Les avancées médicales sont pauvres et le rigorisme religieux dénigre tout travail de recherche en anatomie et physiologie humaine au point que la théorie empirique des quatre humeurs énoncée par Hippocrate et reprise par Galien persistera comme paradigme dans la médecine européenne et ne sera remise en cause que treize siècles plus tard, à la Renaissance.

Le Christianisme réprouve les soins du corps qu'il estime inconvenants. Ceux-ci sont abandonnés et les moines médecins trouvent les incantations et les oraisons plus convenables que le massage et la gymnastique qui tombent dans l'oubli : l'hygiène, les bains et les thermes furent détruits, les soins du corps regardés comme un luxe inutile. Tout au plus la médecine populaire en sauve-t-elle quelques bribes. La thérapeutique manuelle et mécanique devient la proie des charlatans et des rebouteurs⁵.

L'Epoque Moderne voit les découvertes scientifiques s'accroître. Symphorien CHAMPIER (1472-1539) puis Ambroise PARE (1509-1590) ouvrent la voie scientifique de la rééducation par le mouvement.

L'italien Giovanni Alfonso BORELLI (1608-1679) dans son ouvrage « *De Motu Animalium* » (Du mouvement animal), comprend que les muscles créent des forces proportionnées à leur structure et décrit les leviers ainsi que les actions musculaires génératrices de mouvements.

Le médecin allemand Friedrich HOFFMANN (1660-1742) décrit la gymnastique médicale dans son traité de médecine, « *De Motu Optima Corporis Medicina* », dans lequel il distingue le mouvement passif du mouvement actif.

En 1741, le doyen de la Faculté de Paris Nicolas Andry DE BOISREGARD (1658-1742) crée le terme d'orthopédie dans son livre « *L'Orthopédie ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps* », ouvrage dans lequel la thérapie par les exercices physiques est détaillée.

Citons enfin, Joseph Clément TISSOT (1747-1826), chirurgien des armées de Napoléon, qui décrit en 1770 les applications thérapeutiques de la gymnastique dans son document intitulé « *Gymnastique médicinale et chirurgicale ou essai sur l'utilité du mouvement ou des différents exercices du corps et du repos dans la cure des maladies* ». Il aborde ainsi les problèmes de statique et du fonctionnement des muscles; il propose les frictions (sans que le mot massage n'apparaisse), les mouvements forcés ou non selon les situations. Les indications sont multiples : fractures, entorses, rhumatismes, rachitisme, ankylose; et il pousse ses travaux jusqu'à montrer l'intérêt des conséquences du port de talons hauts pour les femmes ¹.

Au début du XIX^{ème} siècle, la mouvance hygiéniste, préventive et curative, du soin par le mouvement, qu'il soit actif par la gymnastique ou passif par le massage et la mobilisation, va se concrétiser comme une discipline thérapeutique à part entière grâce au suédois Pehr Henrik LING (1776-1839), considéré comme le "père de la masso-kinésithérapie". LING élabore une méthode de gymnastique préconisant une pratique graduelle et adaptée : pédagogique, médicale, militaire et ascétique. Il collabore avec le gouvernement suédois afin de former des professeurs d'éducation physique au sein du Royal Gymnastic Central Institut (qu'il ouvre en 1813 à Stockholm et qu'il dirigera jusqu'en 1836) et de l'Institut de Gymnastique Orthopédique (créé en 1827). Il rédigera un peu plus tard « *Les fondements généraux de la gymnastique* ». A partir de 1837, l'Institut Central de Gymnastique de Stockholm délivre le diplôme de médecin-gymnaste à ses élèves qui partent ensuite ouvrir des salles de gymnastique et de massage en ville ⁶.

Parallèlement à cette évolution, héritiers d'une tradition grecque puis romaine, les thermes sont le lieu de regroupement des pratiques qui soignent et restent un témoignage fort des usages de cette époque.

Les bains sont publics, peu onéreux et accueillent tous les citoyens, sans distinction.

On y trouve des bains chauds, des bains tièdes, des bains froids, on y pratique aussi des massages. Tournés vers l'hygiène et le bien-être, ces thermes sont aussi un lieu de rendez-vous d'affaires et de lecture grâce à la bibliothèque, mais aussi un lieu d'activités physiques,

tels que la lutte, le maniement des haltères, la course sur piste, le jeu de balles en salle. La médecine antique contribue largement au succès de ces pratiques thermales qui s'appuient sur la théorie des humeurs. Les thermes avec leur bains chauds se présentent, de façon naturelle, comme une réponse déterminante aux maladies froides et humides, telle que les paralysies ou les spasmes.

A la fin du Moyen Âge, les docteurs en médecine connaissent les effets bénéfiques des thermes. Le thermalisme et ses usages prennent un essor rapide. L'hydrothérapie et ses dérivés, le massage, la gymnastique y sont pratiqués avec un certain succès comme en témoigne la fréquentation de nombreux curistes fortunés. En 1830, plus de 38 000 malades fréquentent les 77 stations thermales existantes en France.

C'est seulement à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle qu'une médecine plus scientifique va s'intéresser aux thermes et à leur utilisation en faveur de la santé ¹.

I-3. Au XIX^{ème} siècle, l'avènement de la gymnastique médicale ⁷

Le terme de "*Kinésithérapie*" apparaît en 1847 en Suède à l'initiative de GEORGII (1808-1881), élève de LING, pour désigner la thérapeutique par le mouvement ⁸. Sont différenciées, sous un vocable unique, les notions de mouvement passif et de mouvement actif destinés à guérir en action, avec et sans appareil ou assistant.

Même si en France, dès 1827, le Docteur CHARLES LONDE précise que la gymnastique comprend des exercices actifs, passifs et mixtes, les médecins français ne voient pas son indication dans les affections médicales. Ceci vient de l'approche essentiellement athlétique et militaire de l'éducation physique en France, sa seule formation étant alors assurée par l'Ecole de gymnastique militaire de Joinville-le-Pont (ouverte en 1852 et sans concurrence officielle jusqu'en 1903). Le corps médical, qui dispute le monopole de l'enseignement de la gymnastique aux militaires et aux gymnastes, reconnaît l'aspect préventif de l'exercice mais pas en tant que remède applicable aux maladies déclarées.

Pour sortir le massage et la gymnastique de cet empirisme qui les caractérisent, il fallait apporter la preuve médicale de leur innocuité, de leur effets, puis de leur efficacité et donc les dégager de toute forme de suspicion.

La médicalisation qui va s'installer, qualifiée parfois de scientifique, passe par une appropriation des pratiques. L'objectif est de leur donner une caution authentifiée par le savoir savant, car il n'est de bonnes pratiques médicales que celles passées par les mains des médecins ¹.

Un premier développement de la gymnastique médicalisée et orthopédique se fait sous la poussée des gymnasiarques (chef de gymnase) comme Alexandre-Napoléon LAISNE (1811-1896). Ce professeur de gymnastique de l'Ecole Polytechnique, du lycée

Louis le Grand et directeur des gymnases des lycées de Paris est chargé en 1847 par le Conseil Général des Hôpitaux de l'organisation des leçons de gymnastique à l'hôpital des Enfants Malades. Après 4 mois d'essai sur des enfants scrofuleux à raison de 3 séances d'une heure par semaine, les résultats escomptés sont dépassés, médecins et pharmaciens attestant de l'efficacité de la méthode. L'expérience est renouvelée avec succès sur d'autres pathologies, notamment les affections nerveuses comme la chorée, en associant à la gymnastique, les massages et les frictions. La notoriété grandissant, la gymnastique se propage dans les hôpitaux parisiens et LAISNE devient directeur titulaire (rémunéré 2 000 francs l'an) du gymnase des Enfants Malades.

Les recherches du docteur BLACHE, chef de service et fondateur de l'orthopédie médicale, et du docteur BOUVIER, sont venues préciser l'action thérapeutique des exercices musculaires dans ces névroses locomotrices et fournissent une clientèle à LAISNE pour des traitements en ville. Le chirurgien DE SAINT-GERMAIN (1835-1897), chef de service à l'Hôpital des Enfants Malades en 1873, poursuit dans cette voie en employant la gymnastique en orthopédie pour le traitement des déformations vertébrales.

La méthode de LAISNE, malgré ses résultats, ne dépasse pas le stade de l'expérimentation. L'utilisation d'une gymnastique médicalisée reste secondaire et n'est acceptée que partiellement dans le corps médical français par manque d'auxiliaires gymnastes instruits et correctement formés à l'anatomie humaine, mais aussi par crainte de l'emprise de ces praticiens non-médecins sur cette discipline médicale et de la concurrence qui en découlerait.

Ce n'est qu'à partir de la fin du XIX^{ème} siècle que les travaux du Professeur Etienne-Jules MAREY (1830-1904) et de son préparateur au Collège de France, Georges DEMENY (1850-1917), apporteront un concours déterminant à la connaissance de la mécanique humaine, de la physiologie des mouvements et des exercices. Le premier, médecin ingénieur, mettra au point les instruments donnant la possibilité d'enregistrer, évaluer et visualiser la motricité, le deuxième créera en 1889 le Cercle de Gymnastique Rationnelle, jetant les premières bases scientifiques de l'éducation physique.

En revanche, la Suède connaît l'essor de nombreux établissements où s'exécutent les ordonnances médicales sur lesquelles sont prescrits des exercices gymniques.

En 1857, l'expérience professionnelle du Docteur ZANDER, médecin-gymnaste suédois, élève de LING, met en évidence la pénibilité de la pratique pour conduire un traitement gymnique. Il constate que l'on peut substituer à l'aide humaine (ou gymnaste) une machine réglée par avance : c'est la mécano-thérapie. C'est un autre mode d'application des mêmes principes pour provoquer et produire les mêmes mouvements que la gymnastique suédoise. Ainsi le Docteur ZANDER fabriqua-t'il de nombreux appareils pour éviter les inconvénients de la méthode manuelle et donner un dosage et un réglage précis de chaque mouvement. Les appareils de Zander offrent deux avantages aux médecins-gymnastes qui les emploient : d'une part, ils les soulagent de la fatigue et des efforts physiques qu'induit l'application des exercices de gymnastique, d'autre part ils sont un moyen de remplacer les aides, donc la présence de concurrents et de conserver à la profession médicale le monopole du marché de la gymnastique médicale.

Par la même occasion, le Docteur Fernand LAGRANGE souligne que la mécanothérapie permet de pallier le manque d'aides gymnastes qualifiés en France, de rendre le malade responsable de son travail et de réduire le coût du traitement.

I-4. Massage empirique hygiénique contre massothérapie scientifique médicale⁷

L'Hôpital des Enfants Malades, à Paris, tend à s'affirmer comme le lieu d'édification et de concrétisation de la masso-kinésithérapie moderne. Outre le traitement des troubles neurologiques par la gymnastique et le massage dispensés par le gymnaste Napoléon LAISNE lui-même chapeauté par le Docteur BOUVIER, on assiste à une première tentative de médicalisation du massage grâce aux travaux du Docteur ESTRADERE.

Dans sa thèse, Jean Dominique ESTRADERE divise le procédé du massage en deux activités distinctes : le massage hygiénique s'adressant au corps sain pour améliorer ou conserver la santé, et le massage thérapeutique réservé au corps malade qui nécessite le concours et la présence du médecin.

Dans le même esprit, le Docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, préfère le terme de "massothérapie" (1886) pour désigner l'application du massage aux maladies.

Le Docteur Johan Georg MEZGER né à Bonn (Prusse rhénane) en 1838, médecin hollandais, ancien professeur de gymnastique, donne à partir de 1853 une nouvelle impulsion à la pratique du massage auquel il applique la mobilisation passive et active dans le traitement des entorses. De plus, c'est le premier à adopter les termes français qui décrivent les manoeuvres de massage tels qu'on les nomme actuellement (pétrissage, effleurage, friction, etc...). Il deviendra l'un des premiers physiothérapeutes au monde.

Les expérimentations sur les effets physiologiques du massage se multiplient à l'étranger. Les médecins français voyagent beaucoup en Europe, afin de parfaire leurs connaissances et pour constater que le mouvement scientifique international s'est installé en Suède, en Allemagne, en Russie, en Italie, en Autriche, en Angleterre, aux Etats-Unis, bien avant celui observé en France.

Tous sont troublés par les résultats obtenus, alors qu'apparaissent les premières études scientifiques sur des pratiques appliquées, de surcroît, par des personnes sans connaissance médicale, mais chez qui il est nécessaire de maîtriser le savoir.

Enfin, l'expérimentation animale des travaux du Docteur VON MONSENGEIL (1876), élève de MEZGER, va apporter une contribution déterminante et une réponse aux interrogations sur le massage et la gymnastique tout en éliminant le magnétisme et le reboutage.

Le Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIERE, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine en 1885, ancien interne de DE SAINT-GERMAIN à l'hôpital des

Enfants Malades, chef du service de chirurgie de l'Hôpital Beaujon et premier président de la toute jeune Société de Kinésithérapie (1900), publie en 1889 son ouvrage « *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation* », suivie d'une version plus complète en 1895. Cet ouvrage didactique, au plan précis, aux arguments clairs, illustré de photogravures, est le premier ouvrage pratique de massage appliqué au traitement des fractures. Destiné au public médical, il apparaît pour beaucoup de personnes une oeuvre paradoxale et révolutionnaire car la thérapie des fractures dans la chirurgie de l'époque s'appuyait presque exclusivement sur l'immobilisation, source de douleur et d'enraidissement.

En 1883, Le Docteur PETIT, cadet de 20 ans d'ESTRADERE devenu médecin thermaliste, sollicite l'avis du Docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, dont il est l'élève, sur l'opportunité de la traduction d'un opuscule du Docteur ALBERT REIBMAYR, médecin à Vienne. Cette traduction, publiée en 1885 avec pour titre « *Le Massage par le médecin* », marque une étape importante dans le processus de légitimation de la méthode en France en recevant la caution des médecins des hôpitaux de Paris. L'aspect curatif de la méthode est fortement souligné par l'auteur qui exprime le souhait de "rester médecin tout en faisant du massage" et de faire disparaître le masseur de métier qui représente un danger, même dans l'exercice du massage hygiénique.

Cette médicalisation va agir telle une campagne de publicité permettant de confirmer bon nombre de résultats et donnant une crédibilité à des pratiques enfin reconnues. Elle creusera les écarts entre les connaissances des praticiens, sans connaissances spécifiques ou ayant suivi une formation sélective en massage, et les exigences d'une pratique devenue très rapidement de caractère médical ¹.

I-5. L'émergence de la physiothérapie ⁷

Le XIX^{ème} siècle fera de la thérapie physique un champs d'activité médical en pleine expansion. Suivant de près les progrès scientifiques et techniques de cette époque industrielle, de nouvelles disciplines explorent des façons innovantes de traiter les patients en utilisant des agents physiques comme l'eau, l'électricité ou autres fluides : hydrothérapie, thermalisme, climatothérapie, électrothérapie, métallothérapie et magnétisme sont rassemblés sous la dénomination de la physiothérapie, très présente ensuite dans les deux premières décennies du XX^{ème} siècle.

L'hydrothérapie

Déjà en vogue au XVIII^{ème} siècle, le thermalisme connaît son âge d'or au XIX^{ème} siècle. Les médecins thermaux deviennent nombreux et s'organisent au sein de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris en 1853 et celle du Midi en 1858. Le corps médical est investi dans le thermalisme d'autant que l'enseignement de l'hydrologie est assurée dans trois facultés,

celles de Lille, de Bordeaux et de Toulouse qui possèdent des chaires d'hydrologie. A Paris, l'enseignement est partagé entre les professeurs de physique, de clinique médicale et de thérapeutique. Ils renforcent la légitimité de ces pratiques et la promotion des stations, et s'efforceront d'analyser les constituants des eaux thermales et de mettre en évidence leurs effets curatifs. L'incidence des découvertes sur l'ionisation, les éléments traces, les gaz rares, la radioactivité va enrichir l'intérêt de l'hydrothérapie à laquelle on va associer l'héliothérapie (soin par le soleil) et la thalassothérapie (soin par l'eau de mer).

L'électrothérapie

L'électricité est un nouvel agent que le Docteur DUCHENNE de BOULOGNE (1806-1875), considéré comme le père de l'électrothérapie, a appliqué en pratique médicale et en particulier à la Salpêtrière où l'on développe l'électrisation localisée des muscles ou des nerfs par du courant galvanique. La méthode va permettre également de préciser la fonction de chacun des muscles du corps humain et d'établir le diagnostic de certaines maladies en localisant leur origine. Associée à la gymnastique, l'électrothérapie reproduira le mouvement recherché et les soins aux paralysés permettront au Dr DUCHENNE de BOULOGNE de contribuer largement à sa divulgation, alors que son association au massage n'est guère encourageante ¹.

I-6. De 1900 à 1946, la reconnaissance de l'exercice paramédical est difficile ⁷

Au début de ce siècle, plusieurs acteurs plus ou moins radicaux défendent ardemment leurs intérêts envers le massage et la gymnastique :

- quelques médecins masseurs, surtout en ville, qui considèrent que le massage fait partie intégrante de l'exercice médical. La présence d'aides quelles qu'elles soient est source d'exercice illégal de la médecine et de concurrence. Ils sont réunis au sein de la *Société de Médecine et de Chirurgie Pratique*, son secrétaire général le Docteur Paul DIGNAT, partisan de la création d'un Ordre des Médecins en France, condamne les pratiques répréhensibles de certains médecins à Paris « qui confient à une classe d'individus d'ordre tout à fait subalterne des rôles qui devraient être tenus par des docteurs en médecine et ceux qui dirigent des instituts délivrant des diplômes de capacité d'une branche de la thérapeutique notamment le massage ».

- des médecins innovateurs et promoteurs du massage et de la gymnastique médicale, expérimentateurs cherchant à « amener le monde médical à des pratiques autrefois empiriques et à les faire passer dans le domaine scientifique » ⁸. Ces médecins se regroupent en 1900 au sein de la *Société de Kinésithérapie* dont la première séance est présidée par son créateur, le Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIERE. La présidence d'honneur assurée par le Professeur Jules-Etienne MAREY, alors président de l'Académie de Médecine et professeur au Collège de France, procure à la Société de Kinésithérapie un

label de respectabilité. On y retrouve aussi le Docteur Fernand LAGRANGE comme vice-président, promoteur de la gymnastique suédoise et de la mécanothérapie, le Docteur Horace STAPPER comme trésorier, promoteur de la kinésithérapie gynécologique, le Docteur MESNARD comme secrétaire général, promoteur de la gymnastique orthopédique et le Docteur Georges BERNE comme membre, promoteur de la massothérapie. Un autre de ses membres et secrétaire adjoint, le Docteur DAGRON, assistant du Docteur LUCAS-CHAMPIONNIERE, va être le porte parole de la Société de Kinésithérapie au cours des premières années et orienter sa politique en deux directions complémentaires : relever le degré d'expertise en multipliant interventions et publications scientifiques, et préparer le corps médical à la constitution d'une spécialité médicale et l'utilisation inéluctable des aides-médicaux, les "frictionneurs", « domestiques intelligents » asservis au médecin. C'est ainsi qu'il l'exprime dans ses communications lors du Congrès International de Médecine professionnelle et de déontologie médicale, pointant du doigt les masseurs-magnétiseurs séditieux se faisant passer pour médecins et que l'on ne peut soumettre à la volonté du corps médical. Seul le massage général hygiénique peut être entrepris sans ordonnance notamment dans les instituts de bains.

- des masseurs et des masseuses dont la légitimité s'appuie sur la prise de position des premiers médecins promoteurs du massage, notamment les Docteurs DUJARDIN-BEAUMETZ et ESTRADERE qui dès 1864 reconnaissent l'utilité des aides masseurs, hommes pour leurs qualités physiques et leur force, femmes pour leur douceur et leur bienséance. Par effet de mode et de publicité, masseurs et masseuses de métier sont de plus en plus visibles ; ils ouvrent des cabinets en ville pour proposer leurs services à des patients, certains même adressés par des médecins hospitaliers. Quelques masseurs appliquent des honoraires qui dépassent ceux des médecins, ce que ces derniers ne manquent pas de faire remarquer au corps médical. L'Ecole Française d'Orthopédie et de Massage (EFOM), la première école de massage, est ouverte en 1895 par un jeune médecin de 31 ans, le Docteur PAUL ARCHAMBAUD. L'enseignement se divise en deux branches : d'une part l'orthopédie manuelle, réservée aux médecins et aux étudiants en médecine, consiste en la massothérapie et au reboutement médicalisés ; et d'autre part, le massage, destiné aux profanes masseurs de métier pour qu'ils acquièrent des notions suffisantes afin d'exercer avec compétence et honnêteté leur profession, sans sortir de leurs attributions. L'école est payante et exige d'avoir réussi un examen d'entrée portant sur des notions d'hygiène et d'anatomie élémentaires. A la fin du cursus, après nouvel examen, un certificat est remis à l'étudiant, attestant que ce dernier est apte à soigner les malades par le massage et qu'il s'engage à le faire sur prescription médicale uniquement. Le Docteur ARCHAMBAUD rassure le corps médical sur les risques de dérapage de ses élèves vers l'exercice illégal en lui garantissant d'inspirer aux masseurs « la terreur salutaire des peines qu'ils encourent en s'exposant à commettre des homicides par imprudence ou des blessures plus ou moins involontaires ».

- enfin, des masseurs-magnétiseurs qui proposent une médecine différente inspirée des pratiques mesmériennes, basée sur les dons et les fluides magnétiques nés de la bonté et de l'empathie, en opposition avec la médecine officielle et savante. Représentés par la

puissante *Société Magnétique de France* fondée en 1887 et disposant d'une école dirigée par Hector DURVILLE, les magnétiseurs se placent dans le champs de la médecine alternative et d'une thérapie faisant appel au spiritisme, à l'occultisme et à l'ésotérisme sous couvert de la psychologie expérimentale. Si les masseurs et masseuses de l'EFOM peuvent réclamer des clients auprès des médecins, les magnétiseurs ne peuvent pas prétendre à la même démarche. Mais récupérant les déçus d'une médecine conventionnelle souvent impuissante (on est qu'au début de l'expérimentation clinique de Claude BERNARD, des notions d'asepsie microbienne de PASTEUR et trois décennies avant le premier antibiotique), les magnétiseurs se trouvent en rivalité immédiate avec les médecins. Ces derniers demandent à l'Etat de rendre illégal l'exercice des magnétiseurs qui peuvent concurrencer la médecine. Mais malgré la jurisprudence du 27 Décembre 1900 de la Cour de Cassation de Paris, l'école de masseur-magnétiseur poursuit ses activités en toute tranquillité sous la protection de la Loi sur l'enseignement supérieur.

Chacune de ces organisations possède sa presse et ses publications, lançant à pleines pages nombre de pamphlets s'indignant qui de l'incompétence, qui des malversations, qui du corporatisme des autres. Ainsi, une tentative de déstabilisation de l'EFOM se dévoile par la publication d'un article, par la suite avéré diffamatoire, dans le Journal de médecine de Paris, affilié à la Société de Médecine et de Chirurgie Pratique. Le Docteur LIEVRE cite en 1904 dans son petit ouvrage « *Massage et Masseurs* » les nombreuses adresses d'instituts et de cabinets de massage et critique les pratiques de charlatan et les écoles de massage, "magasins de diplôme de masseur où l'on vend des parchemins". La même année, le Docteur SAINT-AURENS rapporte dans « *Le Charlatan de la Médecine* », les activités des groupes de masseurs professionnels qui exercent illégalement la médecine et en particulier celui des masseurs-magnétiseurs qui présente une organisation puissante et mobilisable.

C'est à ce moment que les *Sociétés de Kinésithérapie* et d'*Electrothérapie* vont s'associer pour faire pression sur le monde médical savant et initialiser les premiers congrès de physiothérapie. Le 1er Congrès International de Physiothérapie se déroule à Liège en Août 1905, en présence de près de 600 médecins. En marge du Congrès est présentée une exposition d'appareils (notamment ceux inventés et commercialisés par ZANDER), de photographies d'instituts, de brochures et de livres traitant de la thérapeutique par les agents physiques où des constructeurs peuvent exposer leurs matériels. C'est en quelque sorte l'ancêtre du Salon mondial de la rééducation. Le Congrès soulève les problèmes de l'absence d'enseignement médical et universitaire de ces méthodes et donc de l'empirisme et de l'exercice illégal qui en découle. Malgré les nombreux thèmes et communication durant le Congrès, l'exercice illégal du massage et de la gymnastique occupe la plupart des débats qui se portent sur l'existence d'aides en massage et la délivrance de diplômes par des écoles de massage. Le Docteur ARCHAMBAUD est mis à contribution pour en prendre la défense et les discussions en arrivent à la conclusion d'une pratique autorisée mais sous contrôle régulier et immédiat et la responsabilité d'un médecin, après une formation dans un école structurée et homologuée par l'Etat. Le 2ème Congrès International de Physiothérapie, à Rome en 1907, s'achève en posant des conclusions identiques.

Le *Congrès sur la Répression de l'Exercice Illégal de la Médecine* en 1906 à Paris est une sorte de baroud d'honneur sur le monopole médical de la pratique du massage. Organisé par la Société de Médecine et de Chirurgie Pratique, il se propose de tenter de limiter l'exercice illégal de la médecine : le massage médical devient permis mais seulement sur prescription médicale et sous la responsabilité du médecin. Le massage hygiénique est autorisé sans ordonnance. Les aides-masseurs peuvent disposer d'une école de formation sous la direction des docteurs en médecine français (cette précision de nationalité évitant ainsi l'importation d'un modèle suédois, trop indulgent). Le Docteur ARCHAMBAUD défend son école en s'engageant à « inspirer la terreur aux masseurs de l'accident possible ». Il ne considère pas l'EFOM comme un établissement d'enseignement supérieur médical, les aides-masseurs qui en sortent certifiés ne risquent donc pas de s'apparenter aux docteurs en médecine.

Les intervenants du Congrès proposent un enseignement, à l'image de la Suède, de deux ans au minimum comprenant les techniques de massage et de gymnastique mais aussi l'anatomie et la physiologie, sous la responsabilité du ministère de l'Instruction Publique. C'est dans ce contexte favorable au massage paramédical que nouveaux acteurs vont apparaître.

En l'absence d'une reconnaissance et d'un enseignement universitaire, la massothérapie et la physiothérapie sont négligées par les médecins hospitaliers. Sans en maîtriser les effets, les indications, ni la posologie, la faculté de médecine ne peut laisser se développer une thérapeutique en marge de l'institution.

Les intervenants du *1er Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française* à Paris en 1908, vont s'attacher à démontrer les effets des différents procédés physiothérapeutiques et vont communiquer les résultats de leurs expérimentations comparatives avec les thérapies classiques afin de crédibiliser ces nouvelles techniques auprès du corps médical universitaire. La démarche se veut résolument scientifique et médicale et rejette le flou empirique qui avait cours jusqu'à maintenant. Chaque année qui va suivre et jusqu'en 1914 est organisé à Paris, à tour de rôle par chaque discipline de physiothérapie, un Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française. Le 2ème colloque, en 1909 donc, sous l'égide de la *Société de Kinésithérapie* et de son représentant le Docteur STAPFER, s'ouvre par ses mots : « c'est un kinésithérapeute qui vous souhaite la bienvenue. Le mot kinésithérapie dont je suis le deuxième père » (sous-entendu après GEORGII). En plus des propriétés des différents procédés physiothérapeutiques, sont abordés des problèmes corporatifs, déontologiques, l'exercice illégal et le sentiment des médecins physiothérapeutes d'être déconsidérés par leurs pairs, à cause de l'image péjorative d'une médecine manuelle, fatigante et chronophage. Cela amène d'ailleurs le Docteur FAURE de la *Société de Kinésithérapie* à démontrer la nécessité des aides qualifiés.

Après 1910, la *Société de Kinésithérapie* perd peu à peu de son influence et mobilise peu le corps médical malgré de nouvelles diversifications de la méthode kinésithérapeutique comme le massage plastique, associé à la diététique, ou la gymnastique

respiratoire. La mécano thérapie y rencontre plus de succès pour des raisons de rentabilité (économie de temps, roulement des malades plus important et un infirmier suffit à la surveillance). Espérant mieux introduire les domaines de la kinésithérapie dans l'arsenal thérapeutique médical en proposant une méthode standardisée, plusieurs membres de la *Société de Kinésithérapie* collaborent en 1912 dans un ouvrage intitulé « *Manuel Pratique de Kinésithérapie* ». Mais toujours orpheline d'un enseignement universitaire, la *Société de Kinésithérapie* périclité avec la disparition de ses promoteurs et ne joue plus qu'un rôle subalterne dans les congrès de physiothérapie suivants où de nouvelles disciplines, comme la radiothérapie, prennent leurs marques.

Il faudra les deux guerres mondiales pour que la kinésithérapie fasse définitivement la preuve de son efficacité en permettant une récupération des combattants plus rapide, sans séquelles ou avec des séquelles moindres. Ainsi, la kinésithérapie apparaîtra comme un exercice paramédical.

Devant le nombre considérable de victimes durant la guerre de 1914-18, des centres spécialisés vont rassembler l'ensemble des pratiques physiothérapeutiques, légitimant la physiothérapie dans ce qu'elle a d'utile pour la récupération et la rééducation des blessés. Les principaux procédés, disséminés et développés vers 1890 autour de spécialités émergentes, se trouvent ainsi regroupées par le service de santé des Armées afin de réduire les conséquences des blessures, en particulier de l'appareil locomoteur. Ainsi, la guerre va promouvoir empiriquement ces méthodes jusqu'ici réservées à des affections spécialisées. Les hôpitaux et les centres de mécano thérapie manquent de main-d'œuvre. Les médecins et le personnel soignant ne sont pas assez nombreux. Les Pouvoirs Publics autorisent le recrutement de blessés inaptes à retourner au front, certains deviennent infirmiers, d'autres sont affectés aux services de rééducation où ils retrouvent des masseurs, des gymnastes, des professeurs de gymnastique plus ou moins qualifiés. Les médecins sont formés à la rééducation en quinze jours. Tout le monde se forme « sur le tas ». Le Grand Palais est devenu un vaste centre de rééducation dont les résultats sont probants.

La profession d'infirmière reçoit en 1922 un Brevet de Capacité Professionnelle. Sous l'action conjuguée des aveugles et des responsables d'écoles, le diplôme d'État d'infirmier masseur en 1924 et de masseur aveugle en 1926 sont instaurés. Ils comprennent des enseignements théoriques et pratiques de massage, de mécano thérapie, de rééducation motrice, d'orthopédie, de kinésithérapie, de gymnastique, d'hydrothérapie et de physiothérapie.

Les dirigeants des syndicats (dont fait partie la Chambre Syndicale des auxiliaires médicaux, créée en 1934 et regroupant des masseurs, des infirmiers et des pédicures) vont développer la formation et montrer que le métier s'appuie sur des connaissances théoriques et abstraites. Ils ont compris que le développement d'actions de formation (conférence, cours de perfectionnement et congrès) renforcent l'existence du métier et favorisent une professionnalisation. Un effort particulier des responsables va chercher à persuader le pouvoir médical et les institutions de leur accorder l'autonomie de la pratique du massage et

un statut propre indépendant. En 1937, au cours d'un congrès international, les professionnels demandent « aux médecins la délivrance d'ordonnances prescrivant qualitativement et quantitativement : réprouvant par ailleurs tout professionnel qui ne se tiendrait pas dans la limite de son devoir et de ses droits ».

Durant la guerre 1939-1945, les groupes professionnels vont poursuivre la demande de reconnaissance de leurs activités. On assiste à la mise en place de dispositions législatives et réglementaires concernant trois professions auxiliaires de la médecine :

- 1942 : décret instituant le diplôme de moniteur de gymnastique médicale « en vue de pratiquer la gymnastique médicale et orthopédique dans un but de rééducation physique ». Le cours complémentaire de kinésithérapie de l'Hôpital des Enfants malades en est à l'origine mais aucun diplôme ne sera délivré jusqu'à la fusion de ce titre avec celui de Masseur Médical en 1946.

- 15 Janvier 1943 : loi réglementant l'exercice de la profession de masseur médical chargé de l'organisation et du fonctionnement des écoles. Elle confère au titulaire du Brevet Professionnel Masseur Médical la pratique « sur ordonnance médicale descriptive, qualitative et quantitative, l'exercice de la massothérapie ». L'Etat agrée des écoles, certaines sont privées en ville, d'autres dépendent des facultés de médecine, principalement en province. Un programme des études est défini ainsi que les épreuves du brevet qui comprend de l'anatomie, de la mécanique articulaire, de la physiopathologie, des traitements physiothérapeutiques et kinésithérapeutiques, des épreuves d'hygiène et d'hydrologie, de massage, de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle.

- 1944 : loi instituant un certificat d'aptitude à la profession de Pédicure ,

- La Loi n° 46-858 du 30 Avril 1946 crée une nouvelle profession qui doit œuvrer à la « reconstruction sanitaire du pays » en officialisant le Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute. Ce diplôme assure par la réunification des gymnastes médicaux et des masseurs médicaux, l'existence d'un interlocuteur commun pour le médecin en réunissant deux pratiques complémentaires. Il permet de mieux contrôler la pratique, puisque le médecin détient le pouvoir sur la totalité de la filière : prescription, contrôle médical des pratiques, formation dans les écoles et les hôpitaux ⁹. Ce diplôme recouvre initialement le massage, la massothérapie, la gymnastique médicale et orthopédique, la rééducation fonctionnelle et certains actes de physiothérapie.

Cette même loi a créé un Conseil Supérieur de la Kinésithérapie composé en nombre égal de représentants de l'Administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale, et de masseurs-kinésithérapeutes. Il est chargé de donner son avis sur les questions de formation et d'exercice. Il sera substitué par le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales en 1973.

I-7. De 1946 à 2006, une évolution vers plus d'autonomie et de responsabilité⁷

De 1951 à 1965, on assiste au développement de la rééducation fonctionnelle et professionnelle et à l'émergence de la médecine physique. A partir du moment où les médecins ont été convaincus que la kinésithérapie était une thérapeutique, il était inutile qu'ils la fassent entrer dans leur champ puisque le savoir médical comprend la prévention, le diagnostic, la prescription.

Dès 1953, une sous-commission du Conseil Supérieur de la Kinésithérapie préconisait une refonte du programme d'études dont la durée passait à trois ans. Il faudra attendre quinze ans et les événements de mai 1968 pour que la profession obtienne cette troisième année, officialisation par le décret du 28 mars 1969. Pourtant, l'évolution des connaissances, les progrès de la médecine et de la chirurgie, l'extension de l'intervention du kinésithérapeute à des domaines nouveaux - cardiologie, uro-gynécologie - militent toujours pour une augmentation de la durée des études. Depuis 1992, les études se font maintenant en quatre ans dans la moitié des instituts de formation, en collaboration avec les facultés de médecine.

En Août 1995, la parution du décret de compétence relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession confirme un élargissement des compétences tant en ce qui concerne les soins que la formation, la prévention et la recherche. Un nouveau décret sort au Journal Officiel du 9 Octobre 1996 en retrait sur l'uro-gynécologie mais par contre établit un diagnostic kinésithérapique, la gymnastique médicale préventive hors prescription, les aspirations trachéales et l'application de contentions et d'orthèses provisoires et inclut le drainage lymphatique manuel dans le massage. En Février 2000, les notions de quantitativité et qualitativité de la prescription médicale sont supprimées. Parallèlement, les sanctions concernant l'exercice illégal de la masso-kinésithérapie sont renforcées par l'ordonnance du 26 Août 2005, et la loi du 2 Août 2005 clarifie une situation confuse dans le domaine du massage de bien-être, mettant fin à une guerre procédurière entre masseurs-kinésithérapeutes et esthéticiennes. Enfin, l'arrêté du 14 Janvier 2006 définit le droit de prescription attribué aux masseurs-kinésithérapeutes, une révolution dans une profession auxiliaire médicale et un grand pas vers l'autonomie et l'émancipation¹⁰.

L'allongement de la durée des études, l'augmentation du domaine d'intervention et de la compétence signent une ascension sociale. Mais l'élément le plus déterminant de cette ascension, sur le plan social mais surtout économique, sera la signature de conventions avec les organismes d'Assurance maladie permettant le remboursement des actes professionnels. La première Convention nationale fut signée en 1972, la dernière en 2007. Avant 1972, existaient des conventions départementales. Les premières furent signées en 1960.

Les initiateurs de la loi de 1946 peuvent être satisfaits, la profession a acquis un statut légal mais aussi social. Cependant, il manque une pierre à l'édifice. Toute profession, en particulier libérale, considère que pour atteindre la pleine respectabilité, il faut un diplôme, un monopole et une juridiction ordinaire particulière chargée d'imposer le respect des règles professionnelles que la profession s'est donnée. Le Journal Officiel du 5 février 1995 a créé l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, mais des obstacles politiques n'y donneront aucune suite. Il faudra attendre presque 10 ans pour que les représentants de la profession fassent aboutir leur démarche.

Le 9 Août 2004 paraît la loi de Santé Publique instituant définitivement l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, véritable concrétisation de l'autonomie et de la responsabilité de la Masso-Kinésithérapie. Son rôle est d'assurer l'indépendance de la profession et la probité de ses membres. Il régit les rapports entre professionnels et avec leurs patients. Les masseurs-kinésithérapeutes sont enfin jugés par leurs pairs, sur la base de leur Code de Déontologie. L'Ordre défend aussi la profession contre l'exercice illégal. Il collabore avec la Haute Autorité de Santé (HAS) pour organiser des actions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Il est chargé de diffuser les règles de bonnes pratiques professionnelles. Enfin, L'Ordre assure une mission d'administration de la profession. Pour cela, il organise et gère un Tableau de l'Ordre où sont inscrits tous les professionnels en exercice.

II- LA MASSO-KINESITHERAPIE : ASPECTS LEGISLATIFS

II-1. Domaines de compétences ¹¹

La profession de masseur-kinésithérapeute, sanctionnée par un Diplôme d'Etat depuis 1946, dont la formation est réglée par le décret n° 89-633 du 5 septembre 1989, comporte trois années d'étude avec un enseignement théorique sur l'anatomie, la physiologie, et un enseignement sommaire sur les principales affections justifiant les soins de kinésithérapie.

Le décret n°96-879 du 8 octobre 1996 (annexe 1) modifié par le décret n°2000-577 du 27 juin 2000 (annexe 2) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute définit l'exercice sur l'ensemble du territoire français.

Selon ce décret « la masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien, et lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ».

Les traitements sont effectués à partir d'une prescription médicale, en centre hospitalier, en cabinet libéral ou au domicile du patient.

Rappelons les principaux domaines de compétences :

- ♣ le massage, avec comme objectifs principaux, une action sédatrice locale modérée et de courte durée, une action circulatoire et une décontraction musculaire ;
- ♣ les mobilisations articulaires actives, passives et actives aidées dans un but de prévention des raideurs et de gain de mobilité ;
- ♣ la facilitation de la commande motrice et de récupération après paralysie centrale ou périphérique ;
- ♣ le renforcement musculaire dans le cadre de déficits consécutifs à des affections orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques ;
- ♣ la rééducation à la marche et l'amélioration de l'équilibre dans le cadre d'un processus de vieillissement, après une immobilisation prolongée, affections orthopédiques et neurologiques ;
- ♣ la rééducation ventilatoire chez les opérés récents du thorax et de l'abdomen, dans les maladies broncho-pulmonaires obstructive ou restrictives ;
- ♣ le ré-entraînement à l'effort après inactivité prolongée ou pathologies cardiaques et pulmonaires.

II-2. Le droit de prescription

Qu'il soit en exercice libéral ou salarié, le masseur-kinésithérapeute peut prescrire un certain nombre de matériels et de produits. En plus, de cette prescription formelle pouvant donner lieu à un remboursement, son rôle de conseil l'incite également « à

prescrire » des gestes, des postures, des exercices pour améliorer la santé et le bien-être du patient.

L'arrêté du 9 janvier 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire (annexe 3) qui sera modifié par l'arrêté du 29 juin 2006 précisant : *Art. 1er. – Au 6 de l'article 1er de l'arrêté du 9 janvier 2006 susvisé, les mots : « de classe I » sont supprimés.*

II-3. La prescription de masso-kinésithérapie

Les règles de prescriptions de masso-kinésithérapie ont été profondément modifiées par l'arrêté du 22 février 2000 (annexe 5) modifiant l'arrêté du 06 janvier 1962 (annexe 4) et par l'arrêté du 05 octobre 2000 modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (annexe 6).

Les termes « qualitatifs et quantitatifs » qualifiant la prescription médicale de masso-kinésithérapie sont supprimés. Le masseur-kinésithérapeute décide donc du nombre de séances à effectuer et des techniques qu'il souhaite mettre en œuvre.

=> De ce fait, pour être conforme au Code de la Santé Publique, une prescription d'actes de kinésithérapie ne devrait comporter que la date de la consultation, les nom et prénom du patient, la mention « indication de kinésithérapie ».

Les conséquences qui en découlent sont :

- ⤴ la gestion de l'activité des kinésithérapeutes n'est plus de la responsabilité économique des médecins ;
- ⤴ les médecins ne devraient plus mentionner sur leur ordonnance le nombre de séances, ni préciser les techniques à utiliser ou la zone à traiter.

Cependant, la communication du diagnostic médical reste fondamentale pour orienter le bilan diagnostic kinésithérapique en vue du choix thérapeutique. Cette communication doit se faire par une lettre d'accompagnement. Le diagnostic médical, ainsi que les éventuelles indications que le médecin désire communiquer au masseur-kinésithérapeute ne doivent en aucun cas être portés sur la prescription.

Cette disposition est destinée à garantir le secret médical vis à vis du personnel administratif de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui manipule nécessairement les prescriptions.

=> Les masseurs-kinésithérapeutes sont désormais responsables économiquement de la gestion de leur activité : ils déterminent eux-mêmes, après établissement de leur bilan diagnostic kinésithérapique le nombre de séances nécessaire pour atteindre l'objectif thérapeutique et mettent en place l'aspect qualitatif des techniques à utiliser, dans les limites de leur Décret de Compétences.

Avant les modifications instaurées par l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) à partir de 2007 (précisées dans la dernière partie de ce chapitre), les masseurs-kinésithérapeutes devaient établir une Demande d'Entente Préalable (DEP) à adresser à la CPAM, accompagnée de l'ordonnance du médecin. S'il était nécessaire de renouveler les séances, un bilan simplifié de l'état du patient (bilan synthèse) était adressé au médecin prescripteur. Une nouvelle DEP était alors établie et adressée à la CPAM, accompagnée de la nouvelle prescription de kinésithérapie ainsi qu'une copie du bilan de synthèse.

=> Cette dernière disposition était destinée à permettre aux médecins de remplir pleinement leur rôle de coordinateur du système de soins.

II-4. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), comme son nom l'indique, est un arrêté relatif aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Chaque acte y est affecté d'un coefficient multipliant la lettre-clé correspondant au professionnel qui l'exécute (amk, ami, sf, z, k...).

La NGAP fixe les conditions et le montant du remboursement des actes. C'est un outil qui sert, de façon codifiée et en respectant le secret professionnel, à déterminer la base de remboursement des actes à l'assuré.

La NGAP du 04/10/2000 (JO du 05/10/2000), dans le domaine de la masso-kinésithérapie, a subi de nombreuses modifications ces dernières par les textes suivants (annexe 6):

- ⤴ l'arrêté du 13/10/2003 - JO du 17/10/2003 (cotation bilans),
- ⤴ l'arrêté du 26/12/2003 - JO du 09/01/2004 (cotation respiratoire en 8),
- ⤴ la décision de l'Union National des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) du 11/03/05 -JO du 30/03/2005 (abrogation de l'électrothérapie du Titre XV),
- ⤴ la décision de l'UNCAM du 18/07/2005 -JO 26/08/2005 (abrogation de l'article 12 sur les manipulations vertébrales),
- ⤴ la décision de l'UNCAM du 27/04/2006 -JO du 16/05/2006 (suite avenant conventionnel du 12/01/06 et avis favorable de la Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations (CHAP) du 30/03/06 : augmentation de la cotation neuro et périnéo-sphinctérien),
- ⤴ l'arrêté du 10 mai 2007 - JO du 17/05/2007 et JO du 29/06/2007 (suite convention du 03/04/07 et avis favorable de la CHAP du 29/03/07 : augmentation de 0,5 cotation des actes en AMS).
- ⤴ la décision de l'UNCAM du 13/12/2007 -JO du 08/03/2008 (suppression de la DEP pour les 30 premières séances annuelles).
- ⤴ la décision de l'UNCAM du 16/03/2010 -JO du 28/05/2010 (Demande d'Accord Préalable (DAP) et référentiels).
- ⤴ la décision de l'UNCAM du 09/02/2012 -JO du 13/04/2012 (suppression de la DEP

au delà des 30 premières séances annuelles).

De cette nouvelle nomenclature ressort un élément essentiel : le bilan diagnostique kinésithérapique réalisé par le kinésithérapeute.

C'est en fonction de ce bilan (qui octroie aux kinésithérapeute la gestion du quantitatif et le choix des zones à traiter) que les cotations seront proposées à la caisse et défendues éventuellement devant le contrôle médical.

=> Les masseurs-kinésithérapeutes doivent apprendre à raisonner non plus en techniciens de la rééducation, mais en praticiens.

Voici une grille récapitulative des actes de masso-kinésithérapie associés à leur cotation.

ACTE	COTATION	NGAP titre XIV
Affections orthopédiques et rhumatologiques dégénératives : AMS		
un membre	7,5	accord CHAP du 30/03/07
rachis (y compris radiculalgie)	7,5	Convention du 03/04/07 arrêté du 10/05/2007
au delà	9,5	JO du 16/05/07 et JO du 29/06/07
Affections rhumatologiques inflammatoires : AMK ou AMC		
un membre ou tronc	7	arrêté du 04/10/2000
au delà	9	JO du 05/10/2000
Rééducation de la paroi abdominale : AMK ou AMC		
toutes	7	arrêté du 04/10/2000 JO du 05/10/2000
Affections neurologiques et musculaires : AMK ou AMC		
un membre ou face	8	
au delà sauf...	10	
... hémiplégie	9	accord CHAP du 30/03/06
... para/tétraplégie	11	décision UNCAM 27/04/06
... myopathie	11	JO du 16/05/2006
encéphalopathie infantile	11	
Affections respiratoires : AMK ou AMC		
toutes sauf...	8	
... épisode aigu en conjonction avec une autre rééducation	+ 8/2	arrêté du 26/12/2003 JO du 09/01/2004
Pathologies maxilo-faciales et ORL : AMK ou AMC		
toutes	7	arrêté du 04/10/2000 JO du 05/10/2000
Affections vasculaires : AMK ou AMC		
toutes sauf DLM	7	
DLM un membre ou cou et face	7	
DML deux membres	9	arrêté du 04/10/2000
+ bandage multicouches un membre	+ 1	JO du 05/10/2000
+ bandage multicouches deux membres	+ 2	
Affections périnéo-sphinctériennes : AMK ou AMC		
toutes	8	accord CHAP du 30/03/06 décision UNCAM 27/04/06 JO du 16/05/2006
Sujet âgé (>75 ans) : AMK ou AMC		
posture, équilibre et coordination	8	arrêté du 04/10/2000
déambulation	6	JO du 05/10/2000
Brûlés : AMK ou AMC		
un membre	7	arrêté du 04/10/2000
au delà	9	JO du 05/10/2000
Soins palliatifs : AMK ou AMC		
forfait journalier	12	arrêté du 04/10/2000 JO du 05/10/2000
Balnéothérapie : AMK ou AMC		
en bassin	+ 1,2	arrêté du 04/10/2000
en piscine	+ 2,	JO du 05/10/2000

Source : SNMKR Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs,

Pour déterminer le tarif d'un soin de masso-kinésithérapie il faut multiplier le prix de la lettre-clé appropriée par la cotation correspondant au soin et inscrite à la NGAP (cf tableau ci-dessous). Ce tarif peut être majoré d'une indemnité pour le déplacement à domicile, d'une indemnité pour un soin dispensé un dimanche ou un jour férié, d'un dépassement exceptionnel noté « DE » pour raison de lieu (soin à domicile non justifié) ou de temps (soin en urgence ou en dehors des horaires d'ouverture du cabinet).

C'est l'article 2 de la NGAP qui détermine le choix des lettres clés. Depuis l'arrêté du 14 mai 1991, l'AMM a été remplacé par 3 lettres-clés distinctes :

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute (lettre-clé Spécifique créée par l'article 4 de l'avenant n°8 relatif à la réforme de la nomenclature conclu le 31 juillet 2000 - JO du 5 octobre 2000).

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMK	2,04 €	2,24 €
AMC	2,04 €	2,24 €
AMS	2,04 €	2,24 €
Indemnité forfaitaire de déplacement IFD	2,00 €	2,00 €
Indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique IFD (1)	4,00 €	4,00 €
Indemnité forfaitaire rhumatismale IFR (2)	4,00 €	4,00 €
Indemnité forfaitaire neurologique IFN (3)	4,00 €	4,00 €
Indemnité forfaitaire pneumologique IFP (4)	4,00 €	4,00 €
Indemnité forfaitaire de sortie IFS (5)	4,00 €	4,00 €
Majoration de nuit	9,15 €	9,15 €
Majoration de dimanche (6)	7,62 €	7,62 €
Indemnité kilométrique IK :		
- plaine	0,38 €	0,43 €
- montagne	0,61 €	0,66 €
- à pied ou à ski	3,35 €	3,35 €
Tarifs en euros à compter du 31 mars 2006		

Références réglementaires des dernières mises à jour :
La convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, publiée au Journal officiel du 16/05/07. Source : www.ameli.fr

Les indemnités IFO, IFR, IFN, IFP, IFS ne sont pas cumulables entre elles, ni avec l'IFD.

(1) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFO s'applique uniquement à un acte de l'article 1 du titre XIV de la N.G.A.P. : rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres cotée AMS 9,5.

(2) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFR s'applique uniquement aux actes de l'article 2 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires, cotées AMK 7 et 9.

(3) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFN s'applique uniquement aux actes de l'article 4 du titre XIV de la NGAP : rééducations des conséquences d'affections neurologiques et musculaires cotées AMK 8 à 11.

(4) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique uniquement à un acte de l'article 5 du titre XIV de la NGAP: rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) cotée AMK 8.

(5) L'indemnité forfaitaire de déplacement IFS s'applique aux actes liés à la prise en charge des patients après une intervention orthopédique ou traumatologique, pendant une période allant de la date de sortie d'hospitalisation au 35ème jour après cette date.

(6) La majoration du dimanche s'applique à compter du samedi 12h pour les appels d'urgence.

II-5. Le bilan diagnostic kinésithérapique

Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) est évoqué à l'article R. 4321-2 alinéa 2 du CSP (annexe 2), qui énonce que, dans le cadre de la prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute "établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés."

A ce jour cependant, aucune définition professionnelle du diagnostic kinésithérapique n'est unanimement retenue.

La lecture de l'article R.4321-2 alinéa 2 du CSP permet tout de même à l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes de proposer la définition suivante :

=> le diagnostic kinésithérapique s'analyse en une évaluation clinique par le masseur-kinésithérapeute, dans le cadre de la prescription médicale, de l'état du patient.

Combiné avec les objectifs de soins, il permet par la suite au praticien de choisir les actes et techniques nécessaires au traitement du patient.

La mission du masseur-kinésithérapeute est donc primordiale. Le masseur-kinésithérapeute est ainsi responsable des actes qu'il effectue en application de son diagnostic.

Lorsque le masseur-kinésithérapeute s'aperçoit, dans le cadre de son diagnostic kinésithérapique, que la prescription médicale n'est pas adaptée au traitement du patient, quelle doit-être sa réaction ?

La lecture de l'article R.4321-2 du CSP nous apporte une réponse claire : le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical

ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

De plus, l'article R.4321-6 du CSP prévoit que "Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5 (qui énonce les actes de rééducation pouvant être effectués par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une prescription médicale), ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance."

Si à la suite de ces évaluations le masseur-kinésithérapeute s'aperçoit que la rééducation prescrite n'est pas nécessaire, il est de son devoir de prévenir le médecin.

=> Le masseur-kinésithérapeute est ici investi d'une mission capitale : sa responsabilité sera engagée s'il ne communique pas lesdites informations au médecin prescripteur. Il ne pourra effectuer de son chef un traitement n'entrant pas dans le cadre de l'indication médicale formalisée par la prescription.

La modification du décret de compétence (J.O. du 29 juin 2000) a rendu obligatoire le BDK, qui bénéficie d'une cotation spécifique (8,1 ou 10,1) facturable à l'Assurance Maladie, et est matérialisé par une fiche synthétique. La cotation ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.

La NGAP, Titre XIV, Chapitre Ier, Section 2, traite du contenu du bilan diagnostic kinésithérapique :

«Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur ».

L'envoi de ce bilan au médecin prescripteur est également prévu :

« Les éléments relatifs au bilan-diagnostic kinésithérapique initial (évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances) sont tenus à la disposition du service du contrôle médical à sa demande.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à dix séances ou lorsqu'une prolongation du traitement s'avère nécessaire.

Dans ce cas, cette fiche synthétique intermédiaire comporte les motifs et les modalités de la proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances.

A tout moment, au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

Les fiches synthétiques du bilan-diagnostic kinésithérapique sont tenues à la disposition du service du contrôle médical à sa demande. »

A ces bilans facturés peuvent correspondre trois types de fiches synthétiques :

fiche synthétique initiale : fiche synthétique établie avant le début d'un traitement (évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances) ;

fiche synthétique finale : fiche synthétique établie à la fin d'un traitement, lorsqu'il n'y a pas de proposition de poursuite des soins ;

fiche synthétique intermédiaire : toute fiche synthétique ne répondant pas aux critères définis ci-dessus, établie au cours de la prise en charge, le plus souvent à l'occasion d'une demande de prolongation de soins.

=> En conclusion, nous ne pourrions qu'insister sur le caractère décisif du diagnostic établi par le masseur-kinésithérapeute, ainsi que sur la nécessité de sa communication au médecin prescripteur pour permettre une meilleure coordination des soins.

II-6. La Demande d'Entente Préalable (DEP) devenue Demande d'Accord Préalable (DAP)

La DEP a subi de nombreuses modifications ces dernières années.

Initialement instaurée dans la NGAP pour « les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle inscrits aux chapitres II, III et IV » elle a été modifiée par :

- △ la Décision du 13 décembre 2007 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie : « *Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la formalité de l'entente préalable lorsqu'un patient en nécessite plus de trente séances sur une période de douze mois. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente.* »
- △ puis par Décision du 16 mars 2010 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie : qui ajoute un chapitre V « *Rééducations soumises à référentiel* » avec les conditions d'accord préalable.
- △ et par la décision de l'UNCAM du 16/03/2012 parue au JO du 13/04/2012 qui a abrogé dans le préambule du Titre XIV l'alinéa suivant : « *Dans les situations de rééducation non inscrites au chapitre V du présent titre, les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la formalité de l'entente préalable lorsqu'un patient en nécessite plus de trente séances sur une période de douze mois. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente. Les séances réalisées dans le cadre d'une rééducation prévue au chapitre V du présent titre ne sont pas comptées dans les 30 séances.* »

=> Au final, la DAP ne sera effective que pour aller au delà du nombre de séances fixés par les référentiels fixés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Selon la HAS, « *cette médicalisation de la procédure de DAP vise à simplifier les démarches médico-administratives pour l'exécutant des séances, le prescripteur et le patient. Il s'agit de fixer, pour chaque situation médicale, un nombre d'actes au-delà duquel l'exécutant demandera, de manière exceptionnelle, un accord préalable au service médicale des caisses d'assurances maladies en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Dans la grande majorité des cas, la rééducation aura atteint ses objectifs thérapeutiques avec un nombre de séances inférieurs à celui proposé.* »

En 2011, la HAS a validé un référentiel élaboré par l'UNCAM pour huit situations médicales précises (annexe 8), référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel une DAP (annexe 7) du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie.

Le 4 août 2013, deux nouvelles pathologies ont été soumises à un nouveau référentiel élaboré par l'UNCAM :

- *La cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique*
- *Fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant- bras*

Voici un tableau récapitulatif des pathologies soumises à référentiel.

Situation de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentale	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance
Libération du nerf médian au canal carpien	--	dès la 1 ^{re} séance
Méniscectomie isolée, totale ou sub-totale, par arthroscopie	1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances*	à partir de la 51 ^{ème} séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^{ème} séance ou à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^{ème} séance ou à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour cervicalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance

Source : www.ameli.fr. Espace professionnel de santé – Masseur-kinésithérapeute – Exercer au quotidien – Demande d'accord préalable.

* Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).

III- LA MASSO-KINESITHERAPIE : ASPECTS PRATIQUES

III-1. Domaines d'intervention de la masso-kinésithérapie

Les objectifs les plus courants de la masso-kinésithérapie concernent :

- ⤴ certains symptômes : douleur et œdème ;
- ⤴ certaines déficiences : l'enraidissement articulaire, la faiblesse musculaire, l'altération de la commande motrice, l'instabilité articulaire, les troubles respiratoires ;
- ⤴ certaines incapacités : la gêne aux déplacements, l'incontinence, l'intolérance à l'effort.

Le tableau suivant rappelle les principaux domaines d'intervention et leurs pathologies pour lesquelles peut intervenir la masso-kinésithérapie :

Orthopédie	<ul style="list-style-type: none">⤴ Après interventions chirurgicales des os ou des articulations, poses de prothèses, fractures, luxations ou entorses⤴ accidents sportifs : claquage, tendinite
Rhumatologie	Douleur vertébrale, rhumatismes, arthrose
Neurologie	<ul style="list-style-type: none">⤴ Parkinson, hémi/para/tétraplégie, sclérose en plaques, myopathies⤴ Rééducation de l'équilibre
Gériatrie	Pathologie du vieillissement
Pédiatrie et orthopédie infantile	<ul style="list-style-type: none">⤴ Malformations⤴ Bronchiolite, asthme
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none">⤴ Bronchite chronique, réhabilitation respiratoire⤴ Suites opératoires pulmonaires et cardiaques
Cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none">⤴ Après infarctus (en milieu spécialisé), artérite⤴ Drainage lymphatique manuel (lymphœdème...)
Uro-gynécologie-obstétrique	<ul style="list-style-type: none">⤴ Rééducation postnatale⤴ Rééducation périnéale, incontinences
Forme-bien-être	<ul style="list-style-type: none">⤴ Massages⤴ Gymnastique hygiénique et préventive
Prévention	<ul style="list-style-type: none">⤴ Ecole du dos⤴ Cardio-vasculaire⤴ Troubles musculo-squelettiques

=> Le masseur-kinésithérapeute doit lutter contre les déficiences et dans un deuxième temps doit améliorer les incapacités afin d'obtenir un résultat maximal permettant la reprise de la fonction normale.

III-2. Techniques de masso-kinésithérapie ¹²

Le tableau suivant résume les principales indications de masso-kinésithérapie et leurs techniques.

INDICATIONS	TECHNIQUES
Douleurs	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Massages ▲ Agents physiques (électrothérapie, ultrasons, vibrations, température)
Œdèmes	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Massages ▲ Drainage veineux ▲ Drainage lymphatique <p>(remarque : intérêt de la contention élastique associée)</p>
Pathologies articulaires	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Enraidissement <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention : <ul style="list-style-type: none"> * mobilisations passives ou actives aidées * auto-postures préventives (ex : lutte contre la cyphose de la spondylarthrite ankylosante) * techniques d'économie articulaire (ex : dans la polyarthrite rhumatoïde) <ul style="list-style-type: none"> ○ Traitement : * étirements musculaires * facilitation type « contracter-relâcher » (utilise la baisse de tension succédant à une contraction musculaire pour étirer plus facilement) * postures <ul style="list-style-type: none"> ▲ Instabilité : rééducation proprioceptive
Pathologies musculaires	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Faiblesse musculaire <ul style="list-style-type: none"> ○ mobilisations passives ○ contractions statiques ou isométriques ○ contractions dynamiques : isotoniques (résistance imposée) ou isocinétique (vitesse imposée) ○ électrostimulation ○ fonctionnement en chaîne d'un muscle avec ses synergies : « technique de Kabat » ▲ Récupération de commande motrice : techniques de facilitation ou d'inhibition, utilisation des informations sensibles pour restaurer les automatismes moteurs
Troubles respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Drainage et expectoration dirigée ▲ Exercices d'expansion thoracique et de ventilation dirigée
Incontinence	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Urinaire <ul style="list-style-type: none"> ○ stimulation électrique ○ prise de conscience de la musculature périnéale avec exercice

	de contraction/relaxation +/- technique de biofeedback (rétrocontrôle) ▲ Fécale
--	--

Source : La Conférence Hippocrate ¹³– Item n°53

III-2-a. Le massage

Les principales indications se retrouvent en orthopédie et sont :

- ▲ le traitement des oedèmes de stase par une action circulatoire,
- ▲ la prévention des adhérences,
- ▲ l'assouplissement des cicatrices,
- ▲ le traitement d'une douleur chronique séquellaire d'une entorse ou d'une déchirure musculaire par action sédative locale et décontraction musculaire.

III-2-b. Lutte contre la douleur

La lutte contre la douleur fait appel aux agents physique (physiothérapie).

Divers agents physiques (électricité, ultrason, vibrations, température) peuvent être utilisés comme agents antalgiques. Ils peuvent également avoir un effet anti-oedémateux, décontracturant et anti-inflammatoire :

- ▲ électrothérapie: courants continus (ionisation) ou à l'état variable (stimulation électrique fonctionnelle, stimulation électrique transcutanée antalgique de basse fréquence) ;
- ▲ ondes électromagnétiques: (ondes courtes, micro-ondes, champs électromagnétiques pulsés de basse fréquence, rayonnement infrarouge, énergie laser...) : elles peuvent être utilisées avec différents types de fréquence, en mode continu ou pulsé ;
- ▲ vibrations mécaniques (infra et ultrasons notamment) : elles peuvent s'administrer en mode continu ou pulsé ;
- ▲ température: l'application de chaleur ou de froid (thermo ou cryothérapie) est utilisée dans les affections rhumatismales ou traumatiques.

Ces divers agents physiques ont des contre-indications ¹⁴:

- ▲ électrothérapie : tumeur maligne, cartilage de conjugaison de l'enfant, pathologie évolutive inflammatoire ou infectieuse, trouble de la sensibilité, présence de pièces métalliques exo- ou endotissulaire, pace-maker, région abdominale chez la femme enceinte ;
- ▲ ondes mécaniques : fragilité vasculaire, fracture non consolidée, tumeurs malignes, tuberculose, maladies infectieuses et inflammations aiguës, diabète, trouble de la sensibilité, déchirure musculaire avant résorption de l'hématome, prothèse scellée (risque de descellement), pace-maker ;

- △ *thermothérapie* : inflammations aiguës (articulaires), insuffisance cardio-pulmonaire, hypertension, trouble de la sensibilité, affection cancéreuse, risques hémorragiques (hémophilie, fragilisation des capillaires) ;
- △ *cryothérapie* : personnes hypersensibles au froid, troubles de la sensibilité, anémie, cardiopathies, néoplasie, syndrome de Raynaud, artériopathies.

Le masseur-kinésithérapeute doit apprendre au patient à avoir un comportement adapté face à la douleur : éducation posturale, économie articulaire, apprentissage des transferts, de l'installation. Il doit aussi permettre une réduction de la souffrance du patient par une reprise d'activités progressive et raisonnée et participer à la mise en œuvre d'un projet de vie.

III-2-c. Lutte contre les œdèmes

Les techniques kinésithérapiques s'appliquent aux œdèmes d'origine veineuse ou lymphatique. Ces techniques sont très différentes selon la nature de l'œdème, et il est important d'établir préalablement un diagnostic étiologique.

Drainage veineux

On associe des manœuvres d'appel et de manœuvres de chasse. Les exercices respiratoires et les pressions glissées le long des gros troncs veineux à la racine des membres constituent les manœuvres d'appel, qui favorisent le retour veineux. Les manœuvres de chasse sont des pressions visant à réintégrer le liquide interstitiel dans la circulation ; on les applique d'abord à la partie la plus distale du membre et on remonte progressivement. L'application d'une contention élastique permanente (bas, bandes) permet de conserver le résultat obtenu.

Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique est une technique spécifique, particulièrement exigeante en temps. Le masseur-kinésithérapeute fait remonter le liquide interstitiel vers les ganglions lymphatiques, et réalise des manœuvres de pompage pour mobiliser la lymphe. Il réduit l'œdème du proximal au distal. Le membre œdématié est découpé en zones, la zone la plus proximale doit être drainée le plus complètement possible avant de passer à la zone voisine. Là encore, le port d'une contention est indispensable si l'on veut éviter une récurrence.

III-2-d. Entretien de la mobilité articulaire

La paralysie, la douleur, l'œdème limitent la mobilité spontanée et favorisent l'enraidissement. Il est donc indispensable dans la plupart des rééducations d'avoir parmi ses objectifs un maintien des courses articulaires dans toute leur amplitude.

- △ *Mobilisations régulières, actives*

Elles sont utilisées lorsqu'il existe une commande musculaire et qu'il n'y a aucun risque

ostéo-articulaire sous-jacent (exemples d'indications : fracture engrenée stable, arthrose des membres, spondylarthropathie).

♣ *Mobilisations passives ou actives aidées*

Ce sont des techniques très utilisées. Les mobilisations passives sont des mouvements des articulations provoqués par une intervention extérieure (manuelle ou instrumentale), sans participation active du patient. Dans les mobilisations actives aidées, le kinésithérapeute accompagne le mouvement réalisé par le patient.

L'efficacité de ces techniques dépend de la durée d'application : il existe des systèmes motorisés (arthromoteurs) pouvant mobiliser de façon continue les articulations choisies.

Entre les périodes de mobilisation, chaque articulation doit être placée dans une position aussi proche que possible de sa fonction principale (position de fonction), en tenant compte du contexte pathologique.

♣ *Les positions de fonctions articulaires au cours des immobilisation ou alitement*

Au membre supérieur, l'épaule doit être placée en position d'abduction et de rotation interne, le coude doit être semi-fléchi en position de pronosupination neutre, le poignet doit être en légère extension et en position neutre dans le plan frontal, les doigts doivent être semi-fléchis et le pouce dégagé du deuxième rayon pour ouvrir la première commissure en position d'opposition.

Au membre inférieur, la position de la hanche est proche de la position neutre avec quelques degrés d'abduction et de rotation externe et quelques degrés de flexion, le genou doit être maintenu en extension, la cheville à angle droit, l'arrière-pied en position neutre et les orteils en position intermédiaire.

♣ *Autopostures préventives*

Les auto-postures préventives sont indiquées dans toutes les situations où l'évolution habituelle conduit à des limitations de la mobilité articulaire.

C'est le cas de la spondylarthropathie, où le patient devra aussi souvent que possible adopter une position pendant quelques dizaines de minutes luttant contre la tendance à la cyphose dorsale et lombaire (position du sphinx).

Dans la plupart des coxopathies, les postures sont réalisées contre la tendance à la perte d'extension.

Dans les pathologies du genou, le patient doit lutter contre la tendance au fessum (mise en porte-à-faux quelques dizaines de minutes, éventuellement avec une charge additionnelle).

♣ *Economie articulaire*

L'enseignement de l'économie articulaire dans les gestes de la vie quotidienne, avec un minimum de contraintes, permet de limiter la détérioration articulaire et les déformations.

Cet apprentissage pratique est particulièrement utile dans les pathologies qui détériorent les articulations et les déforment, comme la polyarthrite rhumatoïde.

III-2-e. Récupération de la mobilité articulaire

La limitation de mobilité articulaire peut être due à un raccourcissement des muscles périarticulaires ou à des lésions articulaires (spondylarthropathie, arthrose, adhérences post-chirurgicales, neuroalgodystrophie, paraostéoarthropathie, etc...).

▲ Étirements musculaires

Le masseur-kinésithérapeute impose une tension progressivement croissante jusqu'à étirement maximal sans dépasser le seuil de la douleur tolérable pendant plusieurs dizaines de secondes. Des auto-étirements peuvent être ensuite enseignés au patient.

▲ Techniques de facilitation type «contracter-relâcher»

Elles luttent contre la contraction de défense musculaire qui survient en fin de course articulaire et peut entretenir l'enraidissement. Elles sont particulièrement utiles en rééducation des affections de l'appareil locomoteur. La technique de « contracter-relâcher » utilise la baisse de tension qui succède à une contraction musculaire pour étirer le muscle plus facilement.

▲ Postures

L'articulation est placée en position extrême et une force relativement faible mais prolongée (plusieurs dizaines de minutes) est appliquée dans le sens du gain d'amplitude articulaire. Cette force peut être simplement la pesanteur, l'action du masseur-kinésithérapeute, un poids additionnel, ou un système de traction élastique.

Les postures sont indiquées quand la limitation articulaire est d'origine conjonctive (rétractions tendineuses, adhérences capsulo-ligamentaires, etc...).

Elles sont en revanche dangereuses quand il existe une fragilité des structures étirées (réparation chirurgicale récente tendineuse, ligamentaire, osseuse ou détérioration articulaire).

Les postures instrumentales utilisent des orthèses, c'est-à-dire des appareillages permettant d'étirer en permanence l'articulation pendant plusieurs jours ou semaines.

III-2-f. Techniques de renforcement musculaire

La plupart des programmes de rééducation comportent une part de travail musculaire. L'objectif et la technique employée varient selon les capacités physiologiques du patient, l'état des articulations, les objectifs à atteindre.

▲ Mobilisations passives

Les techniques sont les mêmes que pour les mobilisations d'entretien, sauf que l'on force en fin de mouvement pour entraîner un effet de posture.

Les mobilisations auto-passives consistent à mobiliser et étirer une articulation dans la direction souhaitée avec le membre sain grâce à un circuit de poulies et de filins.

Parfois la mobilisation dans de grandes amplitudes est douloureuse ou déclenche un réflexe de défense de la part du patient. On peut alors faire appel à des mobilisations de faible amplitude, par traction axiale pour obtenir une décoaptation ou par glissement par translation des surfaces articulaires.

Les modalités techniques varient en fonction du contexte clinique et de l'âge des patients, mais le travail musculaire fait partie de tout programme de rééducation.

△ *Contractions statiques ou isométriques*

La contraction musculaire n'entraîne pas de déplacement des segments osseux. Il y a égalité entre la force développée et la résistance opposée.

Le travail isométrique est la seule contraction possible quand l'articulation est immobilisée (sous plâtre); il est particulièrement indiqué quand l'articulation traitée est douloureuse.

△ *Travail dynamique isotonique*

Au cours du travail dynamique isotonique, la contraction musculaire mobilise l'articulation contre une résistance définie par le rééducateur.

Il peut être :

- concentrique, par rapprochement des insertions musculaires,
- ou excentrique, par éloignement des insertions musculaires pendant la contraction (contraction musculaire freinatrice).

△ *Travail dynamique isocinétique*

Ce type de travail se fait sur une machine sophistiquée qui impose la vitesse de l'exercice.

La résistance du système est auto-adaptée aux capacités maximales de force du sujet pour le mouvement et la vitesse considérés. La résistance peut être maximale sur toute course du mouvement.

△ *Electrostimulation*

L'électrostimulation par courants excitomoteurs permet d'obtenir une contraction maximale simultanée de toutes les unités motrices d'un muscle; pourtant, elle est peu utilisée comme méthode de renforcement musculaire en milieu de rééducation.

Les indications des excitomoteurs sont surtout le réveil d'un muscle sidéré ou l'entretien trophique d'un muscle dénervé en attendant la réinnervation.

L'utilisation de stimulations musculaires pour obtenir un geste fonctionnel (marche chez le paraplégique ou l'hémiplégique, par exemple) est possible mais reste actuellement d'indication rare, en raison du manque d'adaptabilité et de l'épuisement rapide des fibres musculaires stimulées.

△ *Technique de Kabat*

Les muscles ne sont pas totalement indépendants les uns des autres, ils ont tendance à fonctionner en synergie pour aboutir à des mouvements complexes ayant une valeur fonctionnelle. On a ainsi pu définir sous le terme de chaînes musculaires, des ensembles de muscles ayant tendance à s'activer en même temps.

La technique de Kabat utilise ainsi des mouvements des membres dans des trajectoires en

diagonale avec une composante rotatoire; elle permet la contraction de muscles très faibles qui sont entraînés par la mise en jeu de muscles sains de la même chaîne, alors qu'un travail analytique aurait difficilement pu être réalisé en raison de l'importance du déficit.

III-2-g. Récupération de la commande motrice

Le simple renforcement musculaire n'est pas adapté au déficit moteur des affections neurologiques centrales. La rééducation neuromotrice vise à récupérer la commande ou le contrôle moteur.

Elle a longtemps reposé sur des techniques de facilitation ou d'inhibition exploitant les capacités motrices résiduelles élémentaires s'intégrant dans le cadre de réflexes archaïques ou hiérarchisés (technique de Bobath, notamment).

Actuellement, les mobilisations continues cherchant à restaurer des automatismes moteurs sont de plus en plus utilisées dans les centres de rééducation (par exemple : marche contrainte).

III-2-h. Lutte contre l'instabilité

La rééducation dite proprioceptive a pour principe de stimuler et de recruter tout le dispositif proprioceptif articulaire et musculoligamentaire, puis de l'intégrer dans un circuit de réponses motrices. Le résultat de la mémorisation des ces « stimuli-réponses » est une amélioration des capacités d'anticipation de la contraction musculaire.

C'est la technique de base en cas d'entorse à répétition de cheville ou de genou ainsi que dans les séquelles de luxation d'épaule. Elle peut être appliquée dans certaines affections neurologiques centrales.

III-2-i. Rééducation des troubles respiratoires

Les techniques utilisées peuvent être regroupées selon leur point d'impact : drainage bronchique, échanges gazeux, paroi, muscles respiratoires.

▲ Exercice d'expansion thoracique et ventilation dirigée.

Il s'agit d'améliorer le contrôle et l'amplitude de la respiration abdomino-diaphragmatique, et/ou de favoriser la mobilité du gril costal. Ces exercices sont proposés dans les syndromes obstructifs et restrictifs.

▲ Drainage et expectoration dirigée

Technique utilisée dans le cadre d'encombrement bronchique, elle repose sur l'accélération active ou passive du flux, les pressions et les vibrations thoraciques, les positions de drainage. Le drainage est indiqué dans tous les syndromes avec hypersécrétion, notamment

la dilatation des bronches, les épisodes infectieux chez l'enfant ou la personne âgée, en réanimation ou après chirurgie thoracique ou abdominale.

III-2-j. Gêne aux déplacements

Les circonstances pour lesquelles on demande au masseur-kinésithérapeute de travailler les déplacements sont nombreuses. Prenons un exemple : la remise à la marche d'un sujet alité.

Après une longue période d'alitement, la remise debout et la reprise à la marche nécessitent souvent l'intervention du masseur-kinésithérapeute.

A la verticalisation progressive est associée une rééducation de l'équilibre :

- △ précocement, des exercices de retournements et les translations du corps dans le lit sont proposés ;
- △ puis vient l'équilibre assis, d'abord statique, puis dynamique, en demandant des mouvements du tronc ou des poussées déséquilibrantes ;
- △ le passage de la position couchée à la position assise au bord du lit peut nécessiter un apprentissage spécifique ;
- △ la verticalisation doit être parfois progressive, du fait d'une solidité osseuse incertaine, d'une faiblesse des membres inférieurs ou de problèmes tensionnels. Le plan incliné permet la mise en charge à une fraction du poids du corps ;
- △ lorsque l'appui est total, on cherche à obtenir un bon équilibre debout ;
- △ le transfert de la position assise à la position debout est ensuite demandé. Un renforcement spécifique des quadriceps et des fessiers peut être nécessaire ;
- △ les premiers pas se font souvent entre les barres parallèles, puis avec une aide technique de marche stable (déambulateur, cannes anglaises) ;
- △ on réduira ensuite l'aide à la marche au minimum ;
- △ enfin, on travaillera les activités élaborées de marche : terrain instable, pentes, escaliers ;
- △ si la marche reste impossible, on apprendra au patient l'usage du fauteuil roulant.

III-2-k. Kinésithérapie et incontinence

Les principales indications de la masso-kinésithérapie dans les troubles urinaires sont :

- ✗ l'incontinence urinaire à l'effort de la femme ;
- ✗ l'incontinence urinaire de l'homme, notamment secondaire à une insuffisance sphinctérienne, par exemple après chirurgie prostatique ;
- ✗ l'incontinence par hyperactivité vésicale.

Les techniques de lutte contre l'incontinence urinaire sont la maîtrise du travail des muscles périnéens voire leur renforcement. Différentes techniques sont utilisées :

- △ la stimulation électrique par électrodes endovaginales. Elle vise à favoriser le réveil de la contraction musculaire et la prise de conscience de la musculature pelvienne. Elle est contre-indiquée en cas de troubles sensitifs majeurs et de grossesse ;
- △ l'aide à la prise de conscience de la musculature pelvienne peut être aussi manuelle par des manœuvres d'étirements et de sollicitation directe des muscles pelviens ;
- △ les exercices de contraction et de relaxation volontaires suivent cette phase de prise de conscience ;
- △ le renforcement musculaire périnéal peut se faire contre résistance manuelle mais également en appliquant des techniques de rétrocontrôle (biofeedback) : un manomètre endocavitaire retranscrit l'augmentation de pression engendrée par contraction musculaire en signaux lumineux ou sonores : le patient mieux informé de l'intensité de contraction périnéale qu'il produit, est encouragé à progresser ;
- △ certains exercices personnels comportent principalement des efforts réguliers pour maintenir un cône métallique en intravaginal.

Concernant les troubles anorectaux (incontinence fécale), ils sont améliorés par le travail en rétrocontrôle du sphincter anal.

III-2-1. La kinébalnéothérapie

Cette technique de rééducation regroupe l'ensemble des techniques actives et passives réalisées sur des patients en immersion. Les trois effets principaux sont :

- △ la température de l'eau des bassins ou des piscines de rééducation entre 34 et 37°C qui exerce une action sédative et décontractante ;
- △ l'effet portant de l'eau qui facilite la mobilisation des membres par une musculature déficitaire (lors d'une immersion totale jusqu'aux épaules, l'allègement est d'environ 90 % du poids du corps) ;
- △ l'effet psychologique avec la possibilité de se déplacer librement, même sans commande musculaire des membres inférieurs, ou avec une articulation douloureuse à la mobilisation.

Les principales indications en pathologies articulaires sont toutes les situations pathologiques où il convient de mobiliser les membres en allégeant les contraintes sur le squelette (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme infantile, coxarthrose, reprise de la mobilisation avec consolidation d'une fracture, etc...). Les indications en pathologies neurologiques sont toutes les paralysies centrales ou périphériques, en particulier chez l'enfant.

Ses contre-indications sont multiples : maladies infectieuses ou inflammatoires, maladies cardiovasculaires non compensées, troubles du rythme sévères, angor instable, hypertension artérielle, maladies oto-rhino-laryngées, problèmes cutanés, infections

locales, plaies ouvertes, grands épileptiques, troubles des sphincters, hydrophobie marquée, sénilité.

III-2-m. Intolérance à l'effort

La réadaptation à l'effort a été initialement proposée dans les déficiences respiratoires, cardiaques et artérielles. L'objectif est d'améliorer la respiration et surtout le prélèvement et l'utilisation de l'oxygène par le muscle.

Les indications du ré-entraînement à l'effort tendent à s'élargir à toutes les situations de désadaptation à l'effort. Les lombalgiques bénéficient maintenant de programmes de reconditionnement général qui semblent les seuls efficaces pour obtenir une réinsertion professionnelle.

III-3. L'ordonnance ^{12,13}

La prescription médicale des actes de kinésithérapie doit mentionner l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute.

Le médecin peut effectuer 2 types de prescriptions :

1. Prescription d'un bilan diagnostic « isolé » :

Par exemple, un bilan ostéo-articulaire des conséquences motrices d'une ou plusieurs affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non ; un bilan musculaire (avec testing) des conséquences motrices d'une affection neurologique.

Ce bilan est réalisé soit pour un membre, soit pour deux membres, soit pour un membre et le tronc, ou soit tout le corps.

2. Prescription d'une rééducation et réadaptation fonctionnelle

La prescription médicale doit comporter certains éléments :

- ✓ PARTIE ADMINISTRATIVE « minimum obligatoire » :
 - les coordonnées complètes du prescripteur ;
 - la date de la prescription ;
 - le nom et prénom du patient ;
 - l'indication « intervention du masseur-kinésithérapeute » ou « masso-kinésithérapie » ;
 - l'intitulé du ou des segments anatomiques à rééduquer (une articulation, le tronc, un ou des membres) ou un tableau clinique (hémiplégie, paraplégie, insuffisance respiratoire, bronchopneumopathie chronique obstructive, etc...);

- on doit préciser au besoin,
 - si le traitement doit se faire en piscine ou en bassin de rééducation ;
 - si la rééducation doit être faite en urgence ;
 - si la rééducation doit se faire à domicile ;
 - la nécessité ou non de transport médicalisé pour aller au cabinet ;
 - si les soins entrent dans le cadre d'un accident de travail ou affection longue durée;

- ✓ PARTIE MEDICALE :
 - les contre-indications ou restrictions éventuelles à certaines techniques ;
 - les précautions d'emploi (en fonction des tares associées)
 - préciser les objectifs attendus de la kinésithérapie.

Le diagnostic et le contexte clinique doivent plutôt être renseignés sur une lettre d'accompagnement pour respecter le secret médical, car l'ordonnance est manipulée par le personnel des caisses d'assurances maladies.

Il n'y a plus d'obligation à ce que la prescription soit quantitative ou qualitative.

Dans ce cas, le masseur-kinésithérapeute a la possibilité d'établir, via le bilan diagnostic kinésithérapique, un protocole thérapeutique qui comprend : les objectifs de soins, le choix des actes et des techniques lui paraissant les plus appropriés, le nombre et rythme des séances.

Dans le cas où le médecin précise sa prescription, celle-ci s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

III-4. Le bilan diagnostic kinésithérapique et la fiche de synthèse ¹⁵

La confusion est souvent faite entre la « Fiche de Bilan » qui reste dans le dossier du masseur-kinésithérapeute et la « Fiche de Synthèse » qui est envoyée au prescripteur.

Le bilan est une évaluation des capacités et incapacités du patient, la synthèse est un extrait de points d'intérêts cliniques.

Le BDK, obligatoire et facturable, est matérialisé par une fiche synthétique dont la finalité est de permettre une meilleure coordination de soins et donc une amélioration de leur qualité.

Le tableau suivant précise la différence entre les deux documents : Fiche de Synthèse et BDK.

Fiche de Synthèse	Bilan Diagnostique Kinésithérapique
<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Envoyée au prescripteur ⤴ Le lecteur n'est pas masseur-kinésithérapeute, les termes doivent être compris ⤴ Pas de termes médicaux, des constats cliniques ⤴ Extrait des mesures importantes ⤴ Capacités fonctionnelles résiduelles ⤴ Points d'intérêts cliniques (remarquables) ⤴ Simple, brève (lue en une minute) 	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Problèmes que le masseur-kinésithérapeute a identifiés ⤴ Reste dans le dossier, au cabinet ⤴ Lecteur masseur-kinésithérapeute (assistant, remplaçant) ⤴ Termes médicaux de la prescription ⤴ Mesures avec les dates de test et re-test ⤴ Goniométrie articulaire ⤴ Astuces du métier, tours de main ⤴ Résultats de tests successifs ⤴ Les alertes et les allergies

Source : Association Française de Recherche et d'Evaluation en Kinésithérapie (AFREK), www.afrek.org.

Le BDK est extrait du dossier kinésithérapique. Il permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Il est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et présente :

- ⤴ L'évaluation initiale des déficiences : analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur.
- ⤴ L'évaluation initiale des incapacités : évaluation des aptitudes gestuelles, capacité ou non d'accomplir les gestes de la vie quotidienne, capacité ou non à remplir sa fonction professionnelle.

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

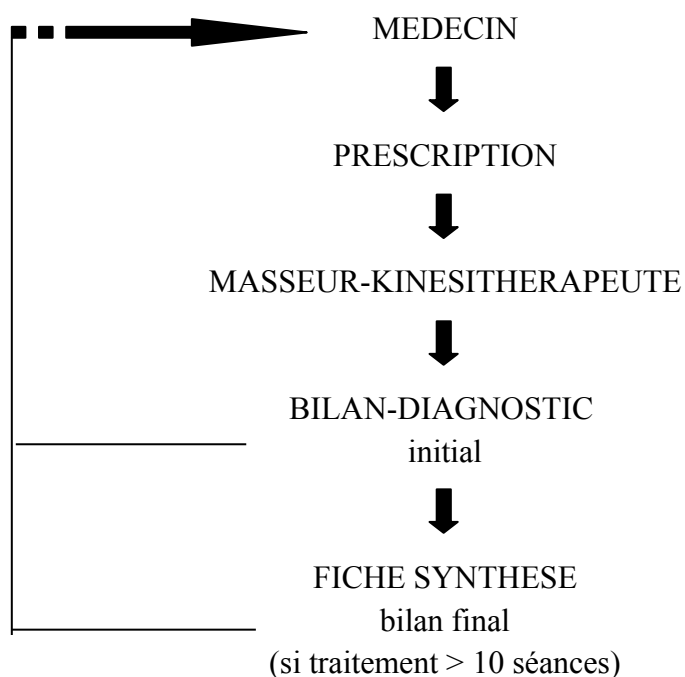
La fiche de synthèse doit contenir :

- ⤴ l'identification du masseur-kinésithérapeute, du prescripteur et du patient ;
- ⤴ les éléments du diagnostic kinésithérapique : diagnostic de l'affection justifiant le recours au masseur-kinésithérapeute, l'évaluation des déficiences, l'évaluation initiale des incapacités ;
- ⤴ la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe, conseils donnés au patient) ;
- ⤴ la description des événements ayant éventuellement justifiés des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
- ⤴ les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial (uniquement pour les fiches

intermédiaires ou finales) ;

- ▲ les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

Pour tous les traitements qui ne concernent pas la neurologie centrale ou les atteintes musculaires, le premier bilan est donc fait pour une prescription entre 10 et 20 séances. Au delà, il faut en refaire un toutes les 20 séances, l'envoyer au prescripteur et le coter. Pour la neurologie et les atteintes musculaires, c'est la même chose mais toutes les 50 séances.



Source : « Handicap, médecine physique et réadaptation. Guide Pratique »¹⁶

IV- LA MASSO-KINESITHERAPIE : QUELQUES CHIFFRES A LA REUNION

Avant de discuter ce que les praticiens disent de leur pratique et attitude face à la masso-kinésithérapie, il paraît important de situer quantitativement la fréquence du recours à la masso-kinésithérapie.

Les tableaux ci-dessous sont extraits du « *Dossier Statistiques : Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion au 1^{er} Janvier 2012* »¹⁷, dossier rédigé par le Service Etudes et Statistiques de la Direction de la Stratégie et de la Performance de l'Agence Régionale de Santé Océan Indien, le 6 juillet 2012. Les effectifs sont issus de la base ADELI.

Au 1er janvier 2012, selon le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), 2 121 médecins sont en activité à La Réunion dont 1103 généralistes et 1 018 spécialistes. Le secteur libéral attire davantage les généralistes (72%) que les spécialistes (41%).

Parmi les 1103 médecins généralistes, 789 sont installés en libéral. Leur densité est estimée à 135 pour 100000 habitants (graphique 1).

Concernant les médecins spécialistes, 421 sont en libéral et 554 en salarié. Leur densité est estimée à 125 pour 100000 habitants (graphique 2).

→ *L'augmentation de la densité de médecins généralistes et de médecins spécialistes n'est pas stoppée mais ralentie depuis quelques années (graphique 3). Pour les médecins généralistes, la densité passera de 87 médecins à 137 pour 100000 en l'espace de 20 ans, soit une augmentation de 57,5 %. Entre 2005 et 2010, le taux annuel d'accroissement de généralistes était de 3%.*

En 2012, les masseurs-kinésithérapeutes sont au nombre de 1123 dont 984 libéraux soit une densité de 138 pour 100000 habitants (graphique 4). En opposition aux médecins, la densité des masseurs-kinésithérapeutes est en forte augmentation depuis 20 ans (graphique 5) : elle passe de 32 à 122 masseurs-kinésithérapeutes pour 100000 habitants. En 2011, selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), il y a en moyenne, en France métropolitaine, 103,53 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

→ *En l'espace de 20 ans, la densité de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 281 %, avec une forte croissance entre 2005 et 2010, puisque le taux annuel d'accroissement de masseurs-kinésithérapeutes était de 10%.*

Il apparaît assez probable que le fort développement de l'activité de la masso-kinésithérapie a principalement été porté par le développement d'une prescription des médecins généralistes, prescription liée à la prévalence croissante des pathologies « mécaniques » et au vieillissement de la population.

Graphique 1 :Principales caractéristiques des médecins généralistes en activité au 1^{er} Janvier 2012 à la Réunion

	Effectif	Situation professionnelle				Sexe			Age			Estimation Densité*
		Libéral	Salarié	Mixte	Part des libéraux	Homme	Femme	Part des femmes	Part des - de 35 ans	Âge moyen	Part des 55 ans et +	
Territoire Nord-est	439	287	146	6	65%	291	148	34%	8%	50,7	34%	138
Territoire Ouest	289	221	64	4	77%	176	113	39%	7%	48,8	29%	137
Territoire Sud	376	282	91	3	75%	269	107	28%	7%	50,0	34%	130
La Réunion	1103	789	301	13	72%	736	367	33%	7%	50,0	33%	135

*Densité : Pour 100 000 habitants (population municipale RP 2009, INSEE)

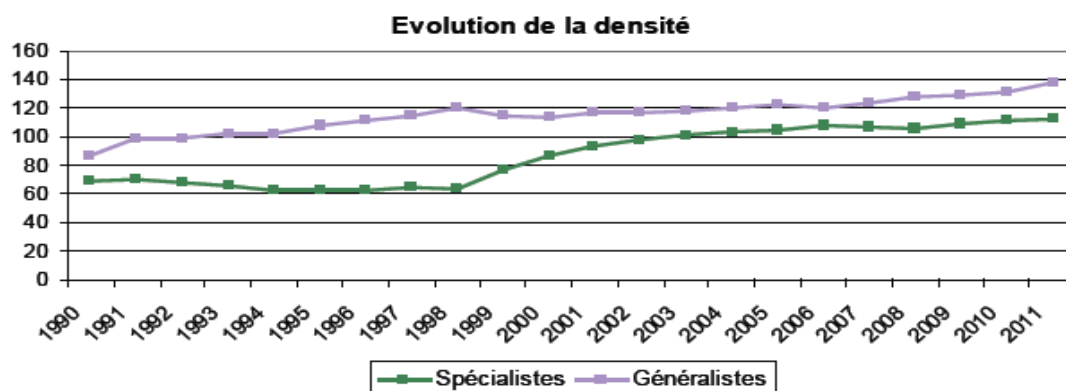
Graphiques 2a et 2b :Principales caractéristiques des médecins spécialistes en activité au 1^{er} Janvier 2012 à la Réunion

	Effectif	Situation professionnelle				Sexe			Age			Estimation Densité*
		Libéral	Salarié	Mixte	Part des libéraux	Homme	Femme	Part des femmes	Part des - de 35 ans	Âge moyen	Part des 55 ans et +	
Territoire Nord-est	441	189	231	21	43%	312	129	29%	8%	51,6	44%	139
Territoire Ouest	216	106	102	8	49%	135	81	37%	10%	49,7	37%	103
Territoire Sud	361	127	220	14	35%	250	111	31%	13%	48,7	29%	125
La Réunion	1018	421	554	43	41%	697	321	32%	10%	50,1	37%	125

*Densité : Pour 100 000 habitants (population municipale RP 2009, INSEE)

	Effectif
Omnipraticiens	1103
Spécialités médicales	584
dont : <i>Anesthésie - Réanimation</i>	<i>119</i>
<i>Pédiatrie</i>	<i>104</i>
<i>Radio-diagnostic</i>	<i>75</i>
<i>Cardiologie et maladies vasculaires</i>	<i>60</i>
<i>Gastro-entérologie et hépatologie</i>	<i>30</i>
Spécialités chirurgicales	224
dont : <i>Gynécologie-obstétrique</i>	<i>63</i>
<i>Ophthalmologie</i>	<i>42</i>
<i>Chirurgie générale</i>	<i>28</i>
<i>O.R.L et chirurgie cervico faciale</i>	<i>27</i>
Biologie médicale	25
Psychiatrie	115
Médecine du travail et santé publique	67

Graphique 3 : Evolution de la densité des médecins généralistes et spécialistes à la Réunion. Densité de population pour 100 000 habitants.



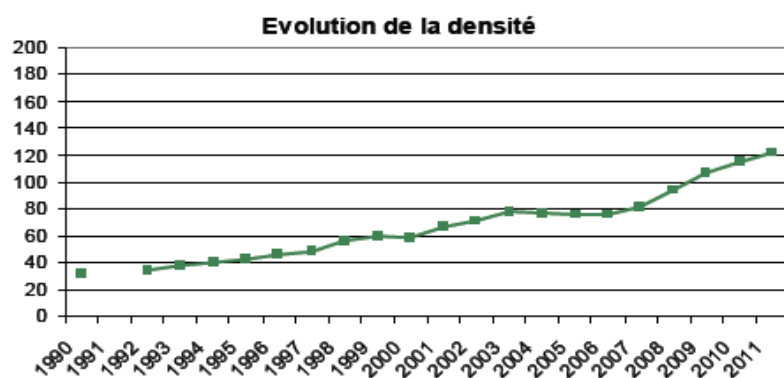
Au 1 ^{er} janvier	Effectif généralistes	Effectif spécialistes	Densité généralistes	Densité spécialistes
1980	299	150	-	-
1990	521	412	87	69
2000	809	618	113	86
2005	944	808	122	105
2006	941	840	120	107
2007	979	848	123	107
2008	1030	857	127	106
2009	1054	892	129	109
2010	1082	916	131	111
2011	1154	944	137	112
2012	1103	1018	nc	nc

Graphique 4 : Principales caractéristiques des masseurs-kinésithérapeutes en activité au 1^{er} Janvier 2012 à la Réunion

	Effectif	Situation professionnelle				Sexe			Age			Estimation Densité*
		Libéral	Salarié	Mixte	Part des libéraux	Homme	Femme	Part des femmes	Part des - de 35 ans	Âge moyen	Part des 55 ans et +	
Territoire Nord-est	332	270	59	3	81%	190	142	43%	58%	36,9	10%	105
Territoire Ouest	314	288	25	1	92%	176	138	44%	54%	37,7	9%	150
Territoire Sud	477	426	49	2	89%	275	202	42%	64%	35,3	7%	165
La Réunion	1123	984	133	6	88%	641	482	43%	59%	36,4	8%	138

*Densité : Pour 100 000 habitants (population municipale RP 2009, INSEE)

Graphique 5 : Evolution de la densité des masseurs-kinésithérapeutes à la Réunion



Densité : pour 100 000 habitants (estimations de population au 1er janvier, INSEE non disponible au 1er janvier 2012)

Au 1 ^{er} janvier	Effectif	Densité
1980	73	nc
1990	192	32
2000	418	58
2005	586	76
2006	596	76
2007	644	81
2008	762	94
2009	871	107
2010	954	115
2011	1027	122
2012	1123	nc

Nous avons sollicité le Dr GRUBER Alain, Directeur Régional du Service Médical de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale de la Réunion, et l'un des médecins conseil, le Dr BASSET Gilles, afin d'obtenir quelques chiffres sur la prescription de la masso-kinésithérapie à la Réunion. Le Dr BASSET n'a pu nous renseigner que pour l'année 2011, n'ayant que deux ans de recul dans les bases de données (limitation CNIL).

Rappelons les lettres clés de la masso-kinésithérapie:

- △ AMS : actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute
- △ AMK : actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou à domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé
- △ AMC : actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à l'application de la lettre clé AMK

Le volume des actes prescrits par les médecins généralistes, s'élève à 2 982 784 d'actes en 2011 pour un total de 3 242 877 contre 241 665 pour les médecins spécialistes (graphique 6 et 8). La plupart des prescriptions des médecins généralistes sont orientées vers :

- △ la rééducation d'un membre ou d'un rachis : 39,8% des prescriptions ;
- △ la rééducation de plusieurs membres et/ou rachis : 21,6% des prescriptions ;
- △ la rééducation de plusieurs membres et/ou rachis, hémiplégie, lymphœdème, brûlure étendue : 12,7% des prescriptions ;
- △ la rééducation de déambulation globale, rééducation neurologique de la face ou d'un membre, rééducation respiratoire ou périnéale : 10,5% des prescriptions.

Les médecins généralistes sont à l'origine de 92% des prescriptions réalisées à la Réunion en 2011. Les dépenses de soins en masso-kinésithérapie prescrits par les médecins généralistes, remboursées par le régime général seul s'élèvent à 47 066 000 euros pour l'année 2011 (graphique 7).

Nous n'avons pas pu avoir l'ensemble des chiffres de la consommation médicale totale à la Réunion en 2011 pour situer le coût de la masso-kinésithérapie par rapport aux autres dépenses de santé, mais l'IRDES fournit ces informations pour l'ensemble de la France (graphiques 9 et 10).

En 2011, pour la France, le coût de la masso-kinésithérapie représentait 2,6% des dépenses de santé.

Graphiques 6 :

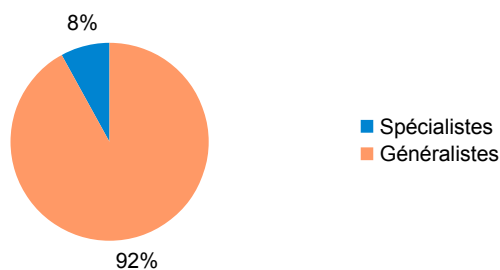
- a- Nombre d'actes de masso-kinésithérapie prescrits par médecins spécialistes et généralistes en 2011 à la Réunion
- b- Part des prescriptions de masso-kinésithérapie chez les médecins de la Réunion en 2011
- c- Répartition des actes prescrits par les médecins généralistes de la Réunion en 2011

Volumes : nombre d'actes

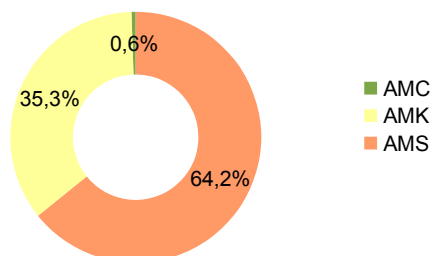
ACTES	AUTRE SPECIALITES	GENERALISTES	TOTAL	%
AMC	18 428	16 604	35 032	47%
AMK	66 211	1 051 441	1 117 652	94%
AMS	175 454	1 914 739	2 090 193	92%
TOTAL	260 093	2 982 784	3 242 877	92%

source SNIIRAM

Part des prescriptions de masso-kinésithérapie chez les médecins de la Réunion en 2011



Répartition des actes prescrits par les médecins généralistes à la Réunion en 2011



Graphique 7 : Montant de la masso-kinésithérapie à la Réunion en 2011 (base des remboursements) par régime

Montants (bases de remboursement)

PRESTATIONS	Régime général	MSA	RSI	AUTRES	TOTAL
AMS	37 765 978 €	22 593 €	1 358 974 €	615 272 €	39 762 817 €
AMK	21 762 753 €	6 868 €	321 526 €	261 797 €	22 352 945 €
AMC	646 521 €	177 €	16 126 €	8 711 €	671 535 €
TOTAL	60 175 252 €	29 638 €	1 696 626 €	885 780 €	62 787 297 €

source CNAMTS

Graphique 8 : Répartition des actes par cotation et par spécialités des prescripteurs pour l'année 2011 à la Réunion

COTATION	LIBELLE (plusieurs libellés possibles pour une même cotation)	MG	AUTRES SPECIALISTES	TOTAL
1	supplément bandage un membre	133	2	135
1,2	supplément bassin	3 604	1 234	4 838
2	supplément bandage deux membres	293		293
2,2	supplément piscine	30 471	4 510	34 981
5	bilan ostéoarticulaire ou neurologique un membre	29	7	36
6	rééducation de déambulation	18 922	284	19 206
7	rééducation d'un membre ou rachis ou abdominale ou maxilo faciale ou vasculaire ou brûlure ou lymphœdème ou vestibulaire ou déglutition, lymphœdème	53 208	13 465	66 673
7,5	rééducation d'un membre ou rachis	1 176 972	137 655	1 314 627
8	rééducation de déambulation globale, rééducation neurologique de la face ou d'un membre, rééducation respiratoire, périnéale	310 230	44 902	355 132
8,1	bilan kinésithérapique pour rééducation	87 050	8 816	95 866
9	rééducation de plusieurs membre et/ou rachis, hémiplégie, lymphœdème, brûlure étendue	375 849	8 861	384 710
9,5	rééducation de plusieurs membre et/ou rachis	638 448	31 108	669 556
10	bilan neurologique deux membres et/ou tronc face, rééducation neurologique deux membres ou plus	134 271	4 198	138 469
10,1	bilan kinésithérapique pour affection neurologique	6 014	254	6 268
11	para ou tétraplégie ou myopathie ou encéphalopathie	95 695	2 979	98 674
12	soins palliatifs	22 461	100	22 561
20	bilan neurologique de tout le corps	37	4	41
TOTAL ACTES		2 953 687	258 379	3 212 066

source SNIIRAM

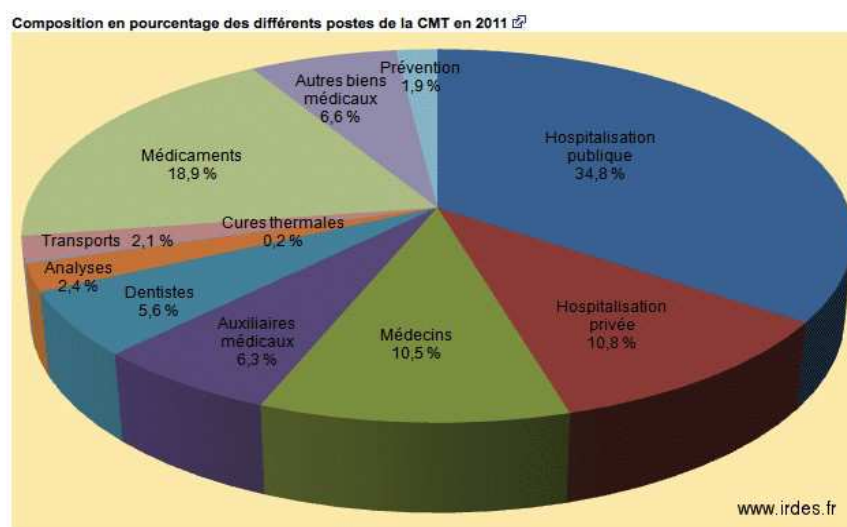
Graphique 9 : Consommation médicale totale en 2011 en France

Consommation médicale totale en 2011

2011	Montant (millions €)	Structure (en %)	Montant par pers. (en €)
Consommation médicale totale	183 454	100,0	2 814,77
Consommation de soins et de biens médicaux	180 037	98,1	2 762,34
Soins hospitaliers (court et moyen séjour, psychiatrie)	83 582	45,6	1 282,42
Secteur public	63 779	34,8	978,57
Secteur privé	19 803	10,8	303,85
Soins de ville	45 672	24,9	700,75
Médecins	19 188	10,5	294,41
Auxiliaires médicaux	11 532	6,3	176,94
- infirmiers	5 829	3,2	89,44
- masseurs-kinésithérapeutes	4 726	2,6	72,51
- autres	977	0,5	14,99
Dentistes	10 252	5,6	157,29
Analyses	4 369	2,4	67,03
Cures thermales (forfait soins)	331	0,2	5,08
Transports de malades	3 900	2,1	59,83
Médicaments	34 704	18,9	532,46
Autres bien médicaux	12 180	6,6	186,88
Optique	5 329	2,9	81,77
Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	2 248	1,2	34,50
Petit matériel et pansements	4 603	2,5	70,62
Médecine préventive	3 417	1,9	52,43
Prévention individuelle primaire	2 798	1,5	42,93
Prévention individuelle secondaire	619	0,3	9,49

Source : Eco-Santé France 2012, d'après données Insee ; Drees, Comptes de la Santé

Graphique 10 : Composition en pourcentage des différents poste de la consommation médicale totale en 2011



Source : Eco-Santé France 2012, d'après données Drees, Comptes de la Santé

V- MATERIEL ET METHODES

V-1. Caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée est une enquête descriptive basée sur les pratiques des médecins généralistes, et repose sur un mode déclaratif.

Elle a été conduite auprès de médecins généralistes de la Réunion, volontaires, et menée entre le 15 juillet 2012 et le 1^{er} Novembre 2012.

Un questionnaire anonyme a été distribué par courriel aux médecins généralistes.

V-2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les connaissances théoriques et la pratique des médecins généralistes concernant la prescription de masso-kinésithérapie :

- △ Quelles connaissances ont-ils sur la masso-kinésithérapie de façon générale ?
- △ Comment ont-ils été formés ?
- △ Comment réalisent-ils leur ordonnance de masso-kinésithérapie ?

L'objectif secondaire est d'évaluer la relation professionnelle entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute :

- △ Médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute travaillent-ils en partenariat ?
- △ Médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute communiquent-ils ensemble ?
Par quels moyens ?

V-3. Population étudiée et mode de recrutement

Ont été inclus dans l'étude :

- △ les médecins généralistes tirés au sort dans l'annuaire de santé de l'île de la Réunion éditée chaque année par Pharma Outre Mer ;
- △ les médecins exerçant leur activité en libéral ;
- △ les médecins dont l'adresse électronique m'a été communiquée, après appel téléphonique, soit par les secrétariats des cabinets médicaux, soit par les médecins eux-mêmes ;
- △ les médecins qui ont accepté de répondre.

Ont été exclus de l'étude :

- △ les médecins généralistes tirés au sort ayant refusé de communiquer leur adresse électronique, ou n'ayant pas d'adresse électronique
- △ les médecins ayant répondu à moins de 50% du questionnaire

Au total, 200 médecins généralistes ont été tirés au sort et contactés par téléphone. Parmi eux, 182 médecins ont communiqué leur adresse e-mail et ont donc été sollicités pour

participer à l'étude.

V-4. Déroulement de l'enquête

Un courriel comprenant un message explicatif ainsi que le lien internet, sur lequel se trouve le questionnaire, a été envoyé le 15 juillet 2012.

Une relance par courriel a été effectuée début octobre 2012 auprès de tous les médecins généralistes déjà contactés en juillet afin d'obtenir une réponse des non-répondants au premier mail.

V-5. Le questionnaire

V-5-a. Elaboration

Il s'agit d'un questionnaire anonyme afin d'améliorer le taux de réponse, l'intérêt de l'enquête n'étant pas une étude individuelle mais collective.

Il a été préalablement testé par quelques médecins généralistes afin d'en évaluer la cohérence et d'attester de son intérêt et de la clarté des questions.

Ce questionnaire a été soumis également au Docteur Laetitia HUIART, médecin de Santé Publique de l'Unité de Soutien Méthodologique (USM) du CHU de la Réunion, afin de juger de sa faisabilité, et d'être amélioré avant le démarrage de l'étude.

Afin de permettre un accès facile et rapide, le questionnaire (annexe 7) se trouvait sur une page internet via Google documents. Le lien de cette page était indiqué en copie dans le message explicatif envoyé par mail aux médecins :

« <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?fromEmail=true&formassokinésithérapieey=dEdiMVhZemxhM0FxcUdpYjBkNnhOVkE6MQ> ».

V-5-b. Composition

Le questionnaire est composé de 30 questions dont 22 à choix simple , 6 à choix multiple et 2 questions ouvertes. Ces questions sont réparties en 4 parties :

- *Première partie : « Les modalités d'exercice »*

La première partie (5 questions) concerne le profil professionnel du médecin interrogé : durée et type d'exercice médical, formations éventuelles en rapport avec la masso-kinésithérapie, proximité de leur cabinet avec celui d'un masseur-kinésithérapeute.

- *Seconde partie : « La formation en masso-kinésithérapie »*

La seconde partie (7 questions) concerne la formation en masso-kinésithérapie : comment

ont-ils été formés en matière de masso-kinésithérapie, leur connaissance est-elle suffisante, leur souhait vis à vis d'une formation sur ce domaine.

◦ *Troisième partie : « La prescription »*

La troisième partie (11 questions) concerne la prescription de la masso-kinésithérapie : comment utilisent-ils la masso-kinésithérapie, qu'indiquent-ils dans leur ordonnance, utilisent-ils un logiciel d'aide à la prescription, pour quelles pathologies prescrivent-ils de la masso-kinésithérapie, évaluent-ils l'efficacité de la masso-kinésithérapie, et quelle est leur attitude face à un renouvellement.

◦ *Quatrième partie : « La relation avec le masseur-kinésithérapeute »*

La quatrième et dernière partie (7 questions) correspond à la relation entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute : travaillent-ils avec un masseur-kinésithérapeute en particulier, que leur apporte la relation professionnelle avec le masseur-kinésithérapeute, reçoivent-ils les fiches bilans et y prêtent-ils un intérêt, leur avis sur l'autonomie de prescription des masseurs-kinésithérapeutes.

Enfin, afin d'étayer la discussion de ce travail, un commentaire libre pouvait être laissé sur les axes d'amélioration qui leur paraissaient prioritaires dans la relation médecin généraliste/masseur-kinésithérapeute pour une prise en charge optimale du patient.

Le nombre restreint de 30 items a été délibérément choisi afin d'espérer avoir le meilleur taux de réponse possible. Les questions ont été le plus ciblées possibles. Le but était que chaque médecin généraliste puisse lire la lettre explicative et répondre aux questions en 10 minutes maximum.

V-6. Analyse des données

Le recueil des données s'est déroulé du 15 Juillet au 1^{er} Novembre 2012.

Les réponses restent anonymes, et sont recueillies sur une feuille de calcul EXCEL directement après envoi du questionnaire par les médecins.

V-7. Analyse statistique

Les résultats ont été analysés avec M. Cyril FERDYNUS, biostatisticien de l'USM du CHU de la Réunion.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.2 (SAS Institute Inc).

V-8. Recherche bibliographique

Les bases utilisées pour la recherche documentaire ont été principalement Pubmed, le CISMéF, le site de la HAS, et des liens de sites consacrés à la masso-kinésithérapie comme la FFMKR (Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs), AFREK (Association Française de Recherche et d'Evaluation en Kinésithérapie) , SNMK (Syndicat National de Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs).

J'ai également consulté des thèses à la BIUM (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine), après avoir consulté le répertoire du SUDOC (Système Universitaire de Documentation) :

- ✦ « La prescription de la kinésithérapie en médecine générale : données et réflexion avant l'installation en médecine générale », de Sylvie LETRILLARD,. Thèse d'exercice : Docteur en Médecine. Faculté de Médecine d'Amiens, 1992.
- ✦ « Médecine générale et kinésithérapie : principes de prescription à propos d'une enquête auprès de 70 médecins généralistes de la Loire », de Christelle COLAS FERNANDEZ. Thèse d'exercice : Docteur en Médecine. Faculté de Médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne, 1999.
- ✦ « Comment optimiser la prise en charge des lombalgiques chroniques par le médecin généraliste en utilisant des ressources multidisciplinaires » de Aurélie BRANDT . Thèse d'exercice : Docteur en Médecine. Faculté de Nancy, 2010.

VI- RESULTATS

VI-1. Généralités sur la population étudiée

VI-1-a. Taux de participation

Sur les 182 médecins interrogés, 79 (43,4%) ont répondu au questionnaire. Tous les questionnaires reçus ont été exploitables.

Parmi les 79 médecins répondants, 3 (3,8%) souhaitent être informés des résultats de cette étude.

VI-1-b. Ancienneté d'exercice en médecine libérale

Dans la population interrogée, on retrouve 5% de médecins exerçant depuis moins de 5 ans, 20% exerçant entre 5 et 10 ans, 28% entre 10 et 20 ans, 27% entre 20 et 30 ans, et 20% exerçant depuis plus de 30 ans.

Tableau n°1 : Ancienneté d'exercice en médecine libérale

Ancienneté d'exercice	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Strictement moins de 5 ans	4	5,1
Entre 5 et 10 ans (10 ans exclus)	16	20,3
Entre 10 et 20 ans (20 ans exclus)	22	27,7
Entre 20 et 30 ans (30 ans exclus)	21	26,6
Plus de 30 ans	16	20,3

VI-1-c. Type d'exercice principal

Parmi les médecins, 94% ont une activité médicale tournée vers l'allopathie, 2% vers l'homéopathie et 4% vers la médecine manuelle

Tableau n°2 : Type d'exercice principal

Type d'exercice principal	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Allopathie	74	93,7
Homéopathie	2	2,5
Médecine manuelle (ostéopathie, fasciathérapie...)	3	3,8

VI-1-d. Etes-vous diplômé(e) de formations (DIU, DU, Capacités) en rapport avec la masso-kinésithérapie ? Si oui, la ou lesquelles ?

8 (10%) médecins ont déclaré avoir une formation en rapport avec la masso-kinésithérapie. Le type de formation a été demandé afin d'apprécier ce que les médecins estiment être une formation en rapport avec la masso-kinésithérapie.

Parmi les médecins formés, 6 ont une formation en médecine du sport (dont 2 ont une formation supplémentaire, l'un en médecine thermale, l'autre en mésothérapie), 1 médecin a une formation en ostéopathie, et le dernier a une formation en algologie.

Tableau n°3 : Formation en rapport avec la masso-kinésithérapie

Diplômes	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Oui	8	10,1
Non	71	89,9

VI-1-e. Y a-t-il des masseurs-kinésithérapeutes à proximité de votre cabinet médical (moins de 10 mètres) ?

La limite de 10 mètres a été fixée pour sous entendre que le cabinet médical est attenant au cabinet de kinésithérapie ou même que ces deux cabinet travaillent dans un groupe médical.

54% des médecins indiquent avoir leur cabinet proche de celui de masso-kinésithérapie.

Tableau n°4 : Proximité entre cabinet de masseur-kinésithérapeute et cabinet médical

Proximité	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Oui	43	54,4
Non	36	45,6

VI-2. Connaissance de la masso-kinésithérapie

VI-2-a. Avez-vous déjà visité, en tant que professionnel de santé, un cabinet de masso-kinésithérapie ?

Parmi les 79 médecins répondants, 77 % déclarent avoir visité un cabinet de masso-kinésithérapie en tant que professionnel.

Tableau n°5 : Visite d'un cabinet de masso-kinésithérapie

Visite	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Oui	61	77,2
Non	18	22,8

VI-2-b. Avez-vous connaissance de la masso-kinésithérapie (techniques, actes ...) ? Si oui, de quelle façon ?

Plusieurs réponses sont possibles à cette question.

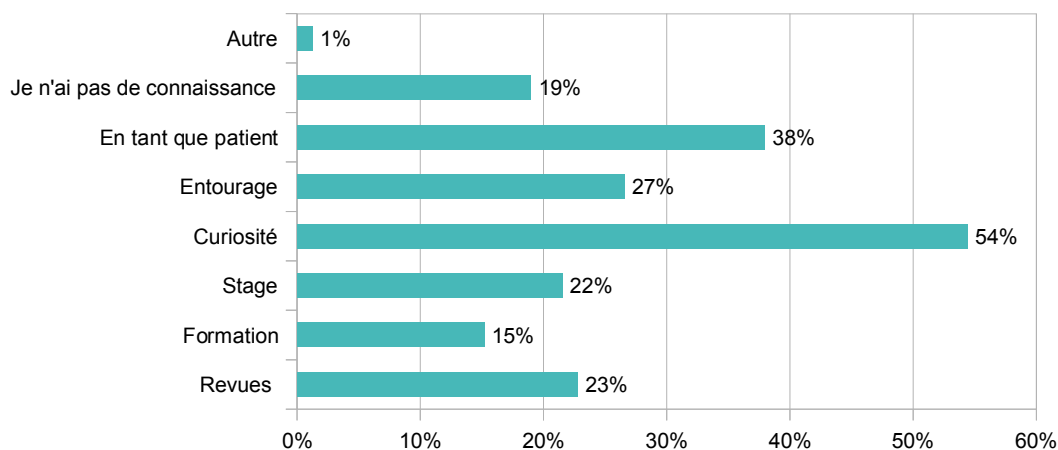
La façon la plus fréquente de connaître le domaine de la masso-kinésithérapie est la curiosité, répondue pour 54% des médecins. 38% des médecins considèrent connaître le domaine en tant que patient et 27% grâce à l'entourage.

Pour 22% d'entre eux, ce sont les stages qui ont apporté la connaissance dans ce domaine et pour 15%, les revues médicales ou kinésithérapiques.

On note que 19% des médecins interrogés disent ne pas avoir de connaissance dans le domaine.

Le médecin répondant "autre" précise : médecin dans un service de rééducation.

Tableau n°6 : Avez-vous connaissance de la masso-kinésithérapie et de quelle façon ?

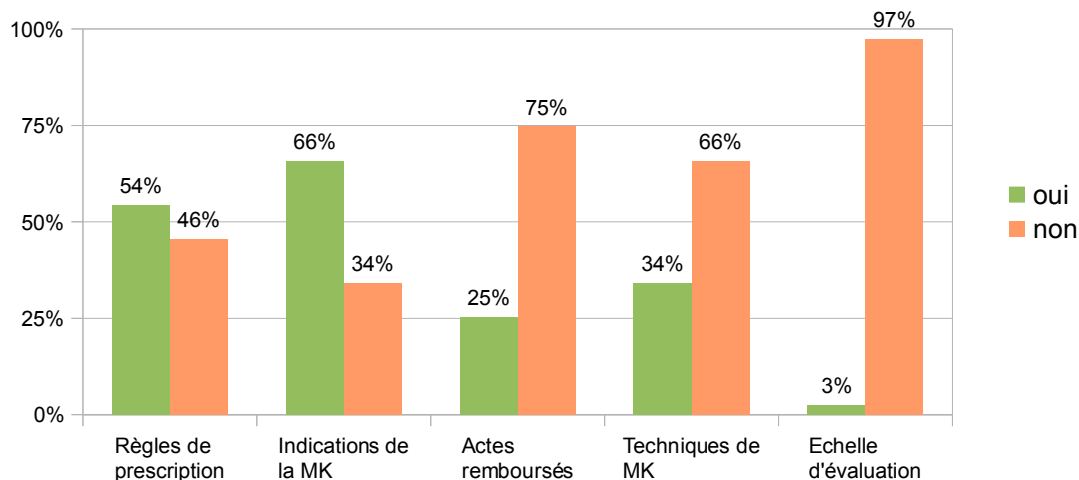


VI-2-c. Estimez-vous que vos connaissances concernant la prescription de masso-kinésithérapie soient suffisantes ?

97% des médecins jugent leur connaissance insuffisante concernant les échelles d'évaluation, 66% concernant les techniques de masso-kinésithérapie, et 75% concernant les actes remboursés.

54% des médecins estiment leur connaissance suffisante en matière de règles de prescription et 66% en indications de la masso-kinésithérapie.

Tableau n°7 : Connaissances en masso-kinésithérapie



VI-2-d. Quelles échelles d'évaluation ou tests référencés utilisés en masso-kinésithérapie connaissez-vous ?

L'échelle la plus connue des médecins est l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), utilisée pour coter la douleur, connue par 58% des répondants.

Les tests utilisés pour le conflit acromial et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule (Hawkins, Yocum, Neer, Cross-Arm) sont connus par 43% des médecins interrogés.

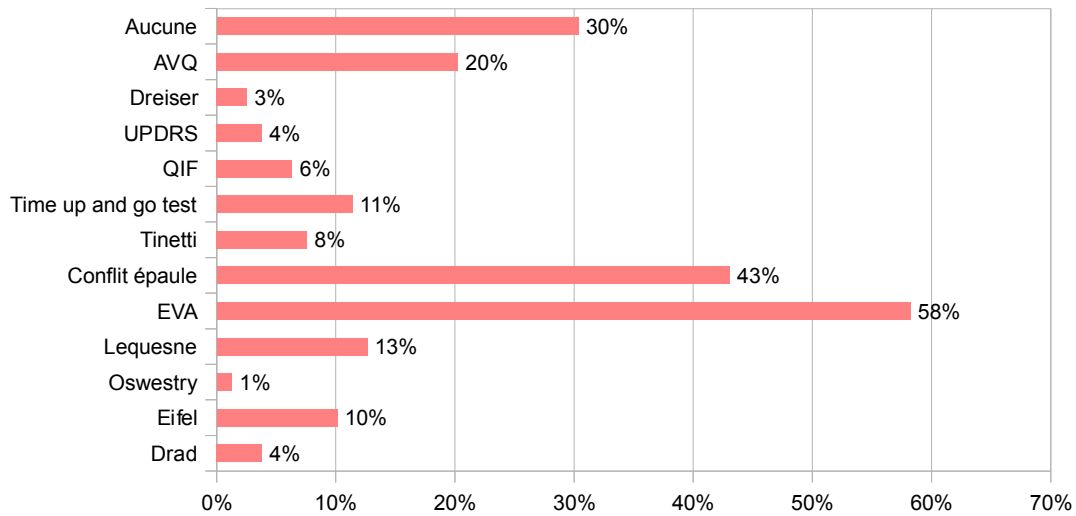
L'échelle d'évaluation des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) est connue pour 20% des médecins interrogés.

30% disent ne connaître aucune des échelles d'évaluations ou tests référencés.

Les autres échelles sont peu connues par la population interrogée :

- ♣ 3% connaissent l'indice algofonctionnel de Dreiser utilisé pour l'arthrose de main
- ♣ 4% connaissent l'échelle d'évaluation de maladie de Parkinson, l'UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)
- ♣ 6% connaissent le QIF : questionnaire de mesure d'impact de la fibromyalgie
- ♣ 11% connaissent le Time up ang go test
- ♣ 8% le test Tinetti
- ♣ 13% l'indice algofonctionnel de Lequesne pour la coxarthrose ou gonarthrose
- ♣ 1% l'échelle d'Oswestry dans la lombalgie commune
- ♣ 10% le questionnaire EIFEL (Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgiques)
- ♣ 4% l'échelle DRAD (Douleur du Rachis Autoquestionnaire de Dallas)

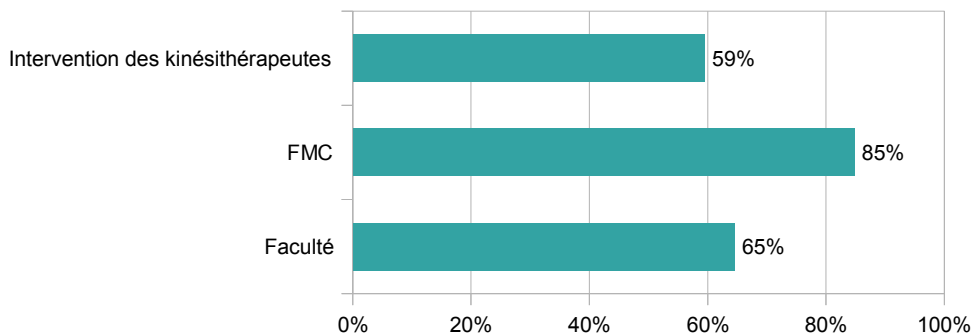
Tableau n°8 : Quelles échelles ou tests utilisés en masso-kinésithérapie connaissez-vous ?



VI-2-e. Quels seraient vos souhaits concernant la formation en masso-kinésithérapie ?

A cette question une ou plusieurs réponses sont possibles. 85% des médecins aimeraient que la formation en masso-kinésithérapie soit abordée lors de formation médicale continue, 65% qu'elle soit enseignée lors de la Faculté, et 59% que les kinésithérapeutes interviennent lors des formations.

Tableau n°9 : Quels seraient vos souhaits concernant la formation en MK ?

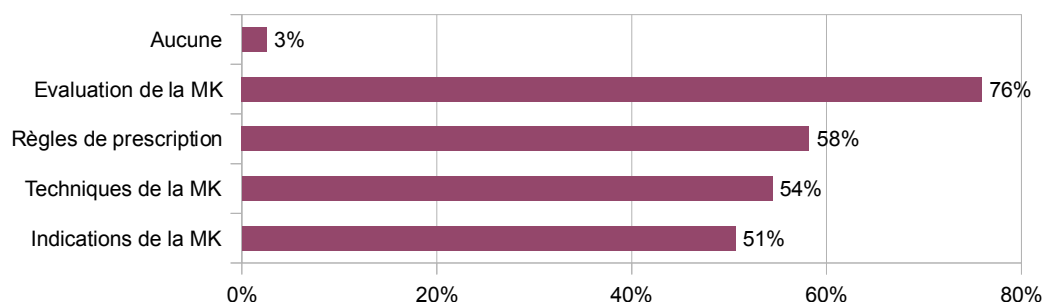


VI-2-f. Quelles informations souhaiteriez-vous connaître sur la masso-kinésithérapie ?

A cette question, plusieurs réponses sont possibles. Les indications de la masso-kinésithérapie intéressent 51% des médecins interrogés, les techniques de la masso-kinésithérapie intéressent 54% des médecins, les règles de prescription ont un intérêt pour 58% des répondants et l'évaluation de la masso-kinésithérapie pour 76%.

3% des médecins ne souhaitent pas avoir d'informations sur la masso-kinésithérapie.

Tableau n°10 : Quelles informations souhaiteriez-vous connaître sur la masso-kinésithérapie ?



VI-2-g. De quand date votre dernière formation dans la prescription de masso-kinésithérapie ?

66% des médecins disent ne jamais avoir réalisé de formation dans la prescription de masso-kinésithérapie.

1% des médecins ont eu une formation dans l'année, 19% durant les 5 années précédentes, et pour 14 % des répondants, la formation date de plus de 5 ans.

Tableau n°11 : Dernière formation dans la prescription de masso-kinésithérapie

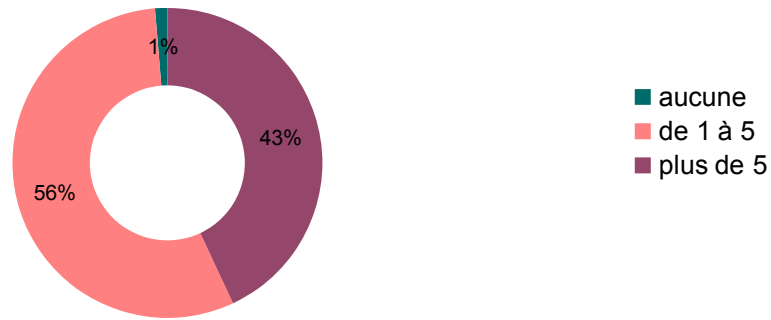
Dernière formation	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Cette année	1	1,3
De 1 à 5 ans	15	19
Plus de 5 ans	11	13,9
Je n'en ai jamais faite	52	65,8

VI-3. La prescription de masso-kinésithérapie

VI-3-a. Combien de prescriptions de masso-kinésithérapie avez-vous réalisé la semaine dernière ?

Pour 43% des médecins, le nombre de prescriptions de masso-kinésithérapie réalisée la semaine précédant le questionnaire est supérieur à 5 ; pour 56% elle est comprise entre 1 et 5, et pour 1% de la population, il n'y a pas eu de prescription de masso-kinésithérapie.

Tableau n°12 : Nombre de prescription de masso-kinésithérapie la semaine dernière



VI-3-b. Quelle utilisation avez-vous de la masso-kinésithérapie ?

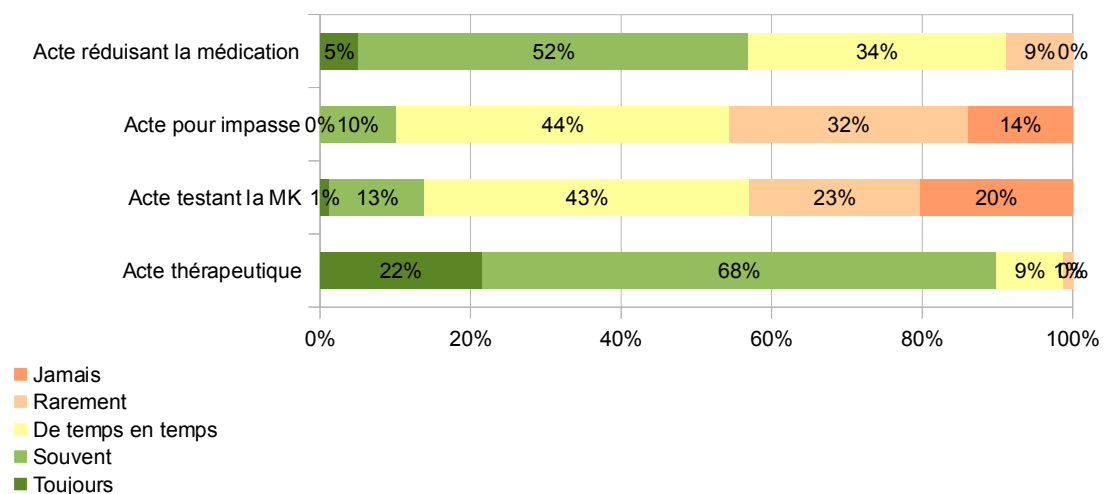
La masso-kinésithérapie est régulièrement utilisée comme acte thérapeutique chez 90% des médecins (22% toujours, et 68% souvent).

La masso-kinésithérapie pour réduire la médication est régulièrement utilisée par 57% de médecins (52% souvent et 5% toujours), de temps en temps pour 34 % et rarement pour 9%.

La masso-kinésithérapie est peu utilisée quand il y a impasse diagnostique : 44% de temps en temps, 32% rarement et 14% jamais.

Enfin, la masso-kinésithérapie est également peu utilisée comme acte testant la masso-kinésithérapie (thérapeutique douce qui pourrait améliorer une situation sans risque de l'aggraver) : 43 % répondent de temps en temps, 23 % rarement, 20% jamais, et 13 % des médecins répondent souvent.

Tableau n°13 : Quelle utilisation avez-vous de la masso-kinésithérapie ?



VI-3-c. Qu'indiquez-vous sur l'ordonnance de vos prescriptions de masso-kinésithérapie ?

Le nombre de séances est régulièrement indiqué par 76 % des médecins (63% toujours et 13% souvent), il l'est de temps en temps pour 8 % des répondants, rarement pour 6% et jamais pour 10%.

Le rythme des séances est régulièrement indiqué pour 49% des répondants (19% toujours et 30% souvent), 20% l'indiquent de temps en temps, 14% rarement et 16 % jamais.

Le diagnostic est régulièrement indiqué pour 81% des médecins (44% toujours et 37% souvent), de temps en temps pour 10%, rarement pour 6 % et jamais pour 3%.

La région à traiter est régulièrement indiquée pour 95 % des médecins (89% toujours et 6% souvent), elle l'est de temps en temps pour 4% et rarement pour 1%.

Le type de masso-kinésithérapie est toujours indiqué pour 28 % des médecins, souvent pour 33%, de temps en temps pour 20%, rarement pour 14 % et jamais pour 5% des répondants.

Les objectifs à atteindre sont peu notifiés, 37% de les indiquent jamais, 23% rarement, 20% de temps en temps, 18 % souvent et 3 % toujours.

La notification « urgence » s'il y a lieu est toujours indiquée pour 20% des médecins, souvent pour 10%, de temps en temps pour 24%, 16% rarement et 29% jamais.

La précision du « lieu » (cabinet ou domicile) est régulièrement précisée pour 74% des médecins (58% toujours et 13% souvent), elle l'est de temps en temps pour 22%, rarement pour 4% et jamais pour 5% des médecins.

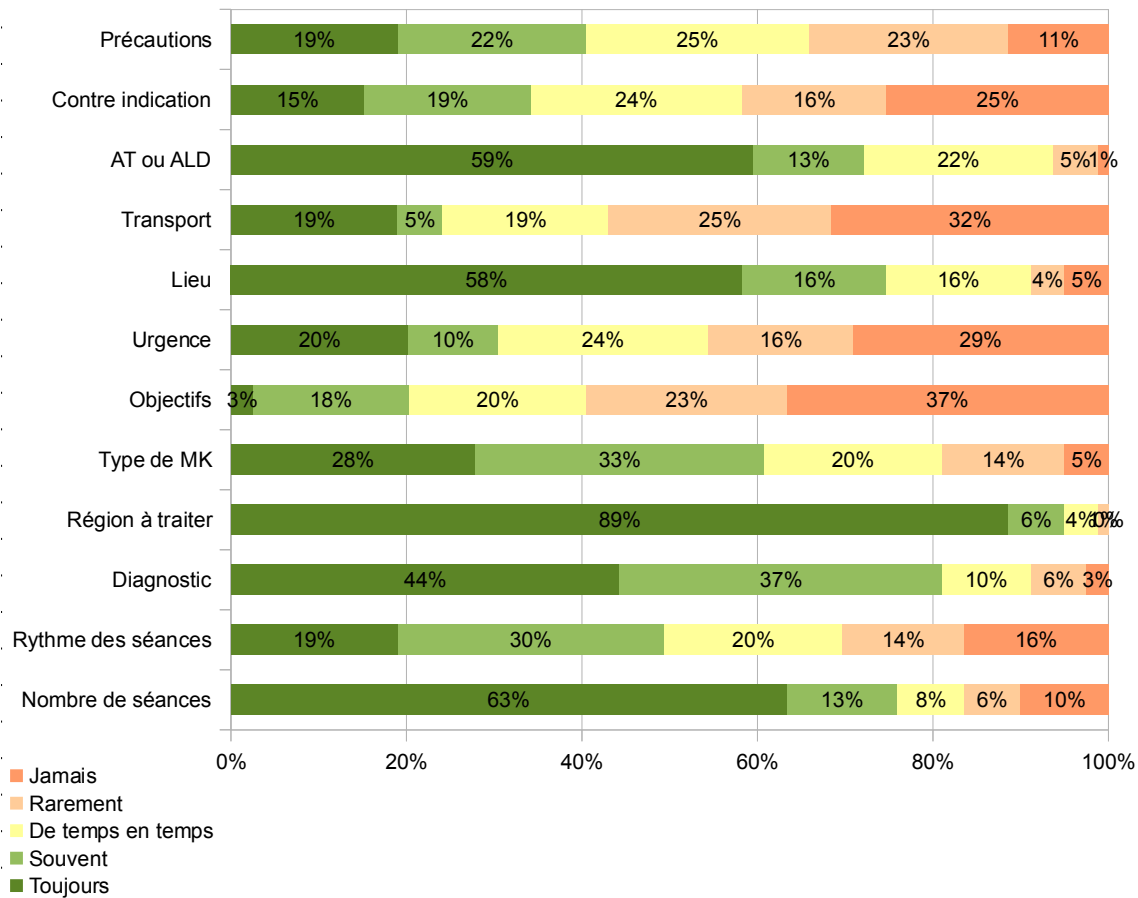
La précision du « transport » s'il y a lieu est peu notifiée pour 76 % des médecins (19% de temps en temps, 25% rarement et 32% jamais), elle l'est toujours pour 19% et souvent pour 5% des répondants.

La notion « d'accident du travail ou d'affection longue durée » est régulièrement indiqué pour 62% des médecins (59% toujours, 13% jamais), 22% l'indiquent de temps en temps, 5% rarement et 1% jamais.

Les contre-indications sont peu précisées pour 65% des médecins (24% de temps en temps, 16% rarement, 25% jamais), contre 15% toujours, et 19% souvent.

Enfin les précautions sont toujours indiquées pour 19% des médecins, souvent pour 22%, de temps en temps pour 25%, rarement pour 23% et jamais pour 11%.

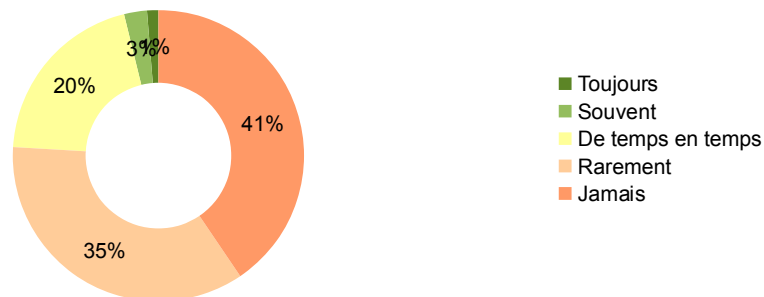
Tableau n° 14: Informations sur l'ordonnance



VI-3-d. Joignez-vous un courrier d'accompagnement à votre ordonnance de masso-kinésithérapie ?

1 % des médecins joignent toujours un courrier d'accompagnement à leur prescription de masso-kinésithérapie, et 3% le font souvent. Pour 96% des médecins, le courrier accompagne peu l'ordonnance (20% de temps en temps, 35% rarement et 41 % jamais).

Tableau n°15 : Courrier d'accompagnement



VI-3-e. Avez-vous un logiciel d'aide à la prescription ?

67 % des médecins interrogés ont un logiciel d'aide à la prescription, 33% n'en ont pas.

Tableau n°16 : Avez-vous un logiciel d'aide à la prescription ?

Logiciel d'aide à la prescription	Nombre de médecins (n=79)	Proportion de médecin concernés (%)
Oui	53	67,1
Non	26	32,9

VI-3-f. Si oui, comment réalisez-vous, le plus souvent, vos prescriptions de masso-kinésithérapie ?

Parmi les 67% des médecins ayant un logiciel d'aide à la prescription, 4% des médecins réalisent la prescription de masso-kinésithérapie à l'aide de leur logiciel sans en modifier le contenu ; 72% en modifient le contenu et 24,5% n'utilisent pas leur logiciel d'aide à la prescription pour la réalisation d'ordonnance de masso-kinésithérapie et réalisent une prescription personnalisée.

Tableau n°17 : Réalisation de l'ordonnance de masso-kinésithérapie ?

Réalisation de l'ordonnance	Nombre de médecins (n=53)	Proportion de médecin concernés (%)
A l'aide du logiciel sans en modifier le contenu	2	3,8
A l'aide du logiciel en modifiant le contenu	38	71,7
Prescription personnalisée	13	24,5

VI-3-g. Pour quelles pathologies prescrivez-vous la masso-kinésithérapie ?

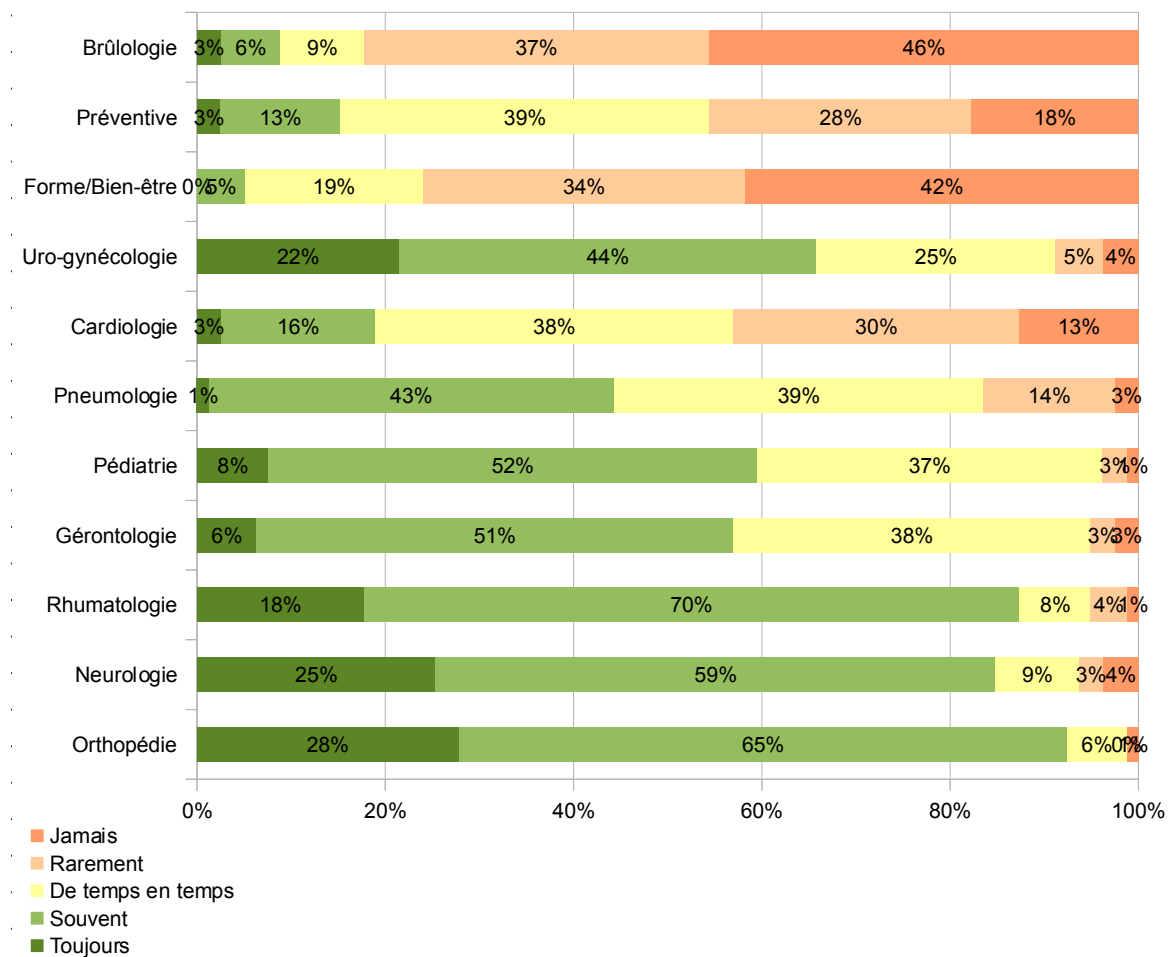
On remarque que les pathologies pour lesquelles la masso-kinésithérapie est régulièrement prescrite sont : l'orthopédie (93% des médecins), la neurologie (84% des médecins), la rhumatologie (pour 88%), la gériatrie (pour 57%), la pédiatrie (pour 60%), l'uro-gynécologie (pour 66%).

A contrario les pathologies pour lesquelles la masso-kinésithérapie est peu prescrite sont : la brûlologie (46% ne la prescrivent jamais), la masso-kinésithérapie préventive (85%), la masso-kinésithérapie forme et bien-être (95% des médecins dont 42% jamais), la cardiologie (81%).

Enfin, concernant la pneumologie, la tendance à la prescription n'est pas franche : 43 % des

médecins la prescrivent souvent, 39% de temps en temps, 30% rarement et 13% jamais.

Tableau n°18: Pathologies de prescription de masso-kinésithérapie



VI-3-h. Lorsqu'il faut prescrire un renouvellement de kinésithérapie, est-ce ?

A cette question plusieurs réponses sont possibles.

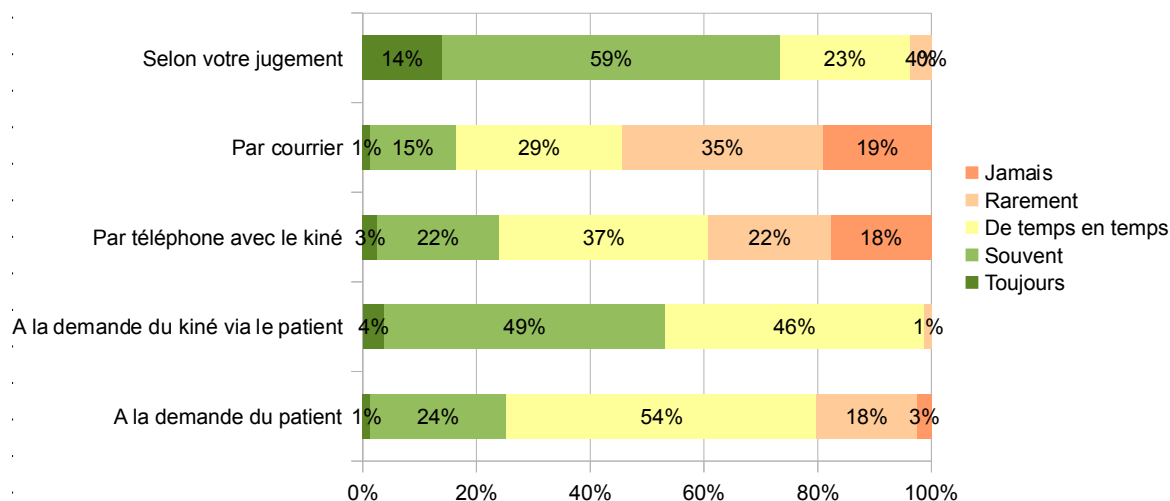
Pour une grande majorité des médecins (73%), le renouvellement de masso-kinésithérapie est régulièrement réalisé selon leur jugement : toujours pour 14% des répondants et souvent pour 59%.

Le renouvellement réalisé à la demande du kinésithérapeute via le patient est souvent rencontré pour 49% des répondants, toujours pour 4% des médecins et de temps en temps pour 46% des médecins.

Peu de renouvellement se font par courrier pour 83% des médecins (29% répondent de temps en temps, 35% rarement et 19% jamais) ou par téléphone avec le kinésithérapeute pour 77% des médecins (37% de temps en temps, 22% rarement, et 18% jamais).

Enfin, le renouvellement à la demande du patient se fait dans peu de cas également : 3% jamais, 18% rarement, 54% de temps en temps.

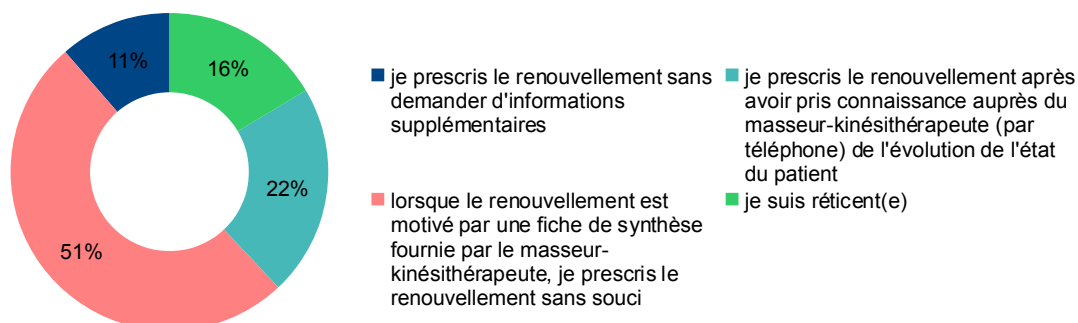
Tableau n°19: Renouvellement de masso-kinésithérapie



VI-3-i. Quel est votre ressenti le plus fréquent face à une demande de renouvellement par le masseur-kinésithérapeute ?

La moitié des répondants (51%) renouvellent la prescription de masso-kinésithérapie lorsque celle-ci est motivée par une fiche de synthèse ; 11% renouvellent la prescription sans demander d'informations supplémentaires ; 22% renouvellent après avoir pris connaissance auprès du masseur-kinésithérapeute de l'évolution de l'état du patient ; et 16 % sont réticents.

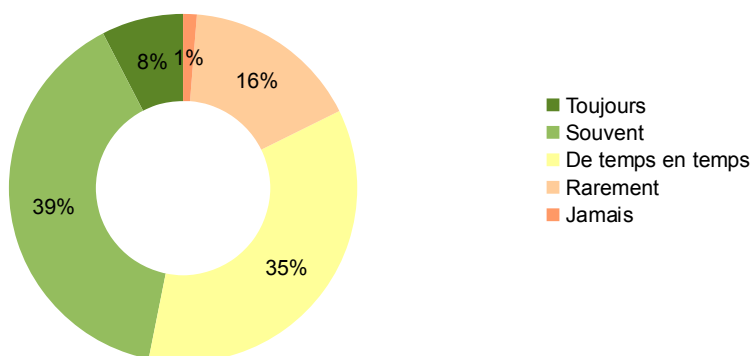
Tableau n°20 : Quel est votre ressenti face à une demande de renouvellement ?



VI-3-j. Évaluez-vous cliniquement votre patient après la réalisation de séances de masso-kinésithérapie ?

L'évaluation clinique du patient est réalisée régulièrement pour 47% des médecins (8% toujours et 39% souvent), 35% le font de temps en temps, 18 % rarement et 1% jamais.

Tableau n°21 : Évaluez-vous l'efficacité de la masso-kinésithérapie ?



VI-3-k. Si oui, comment jugez-vous de son efficacité ?

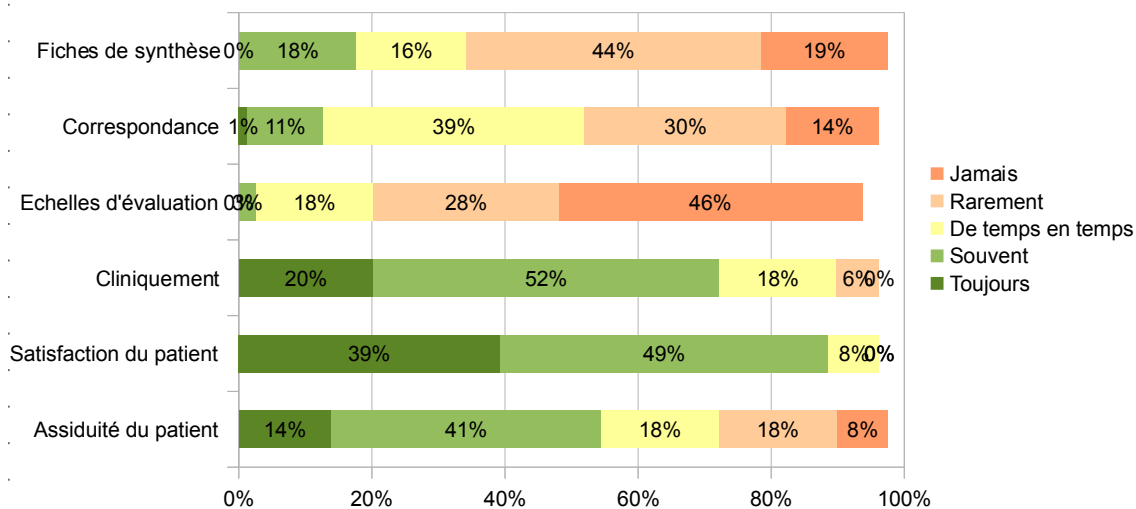
A cette question, plusieurs réponses sont possibles.

Pour une grande majorité des réponses, l'efficacité de la masso-kinésithérapie est jugée par l'assiduité du patient aux séances de masso-kinésithérapie (14% répondent toujours et 41% souvent), par la satisfaction du patient (39% toujours et 49% souvent) et cliniquement (20% toujours et 52% souvent).

L'utilisation des fiches de synthèse, la correspondance entre masseur-kinésithérapeute et médecin généraliste, les échelles d'évaluation sont peu utilisés : 46 % des médecins répondent ne jamais utiliser les échelles d'évaluation, 44% répondent utiliser rarement les fiches de synthèse.

NB : il y a des valeurs manquantes pour cette question : 4 pour les échelles, 2 pour la correspondance, la clinique et la satisfaction, 1 pour les fiches de synthèse et l'assiduité.

Tableau n°22 : Comment jugez-vous l'efficacité de la masso-kinésithérapie ?



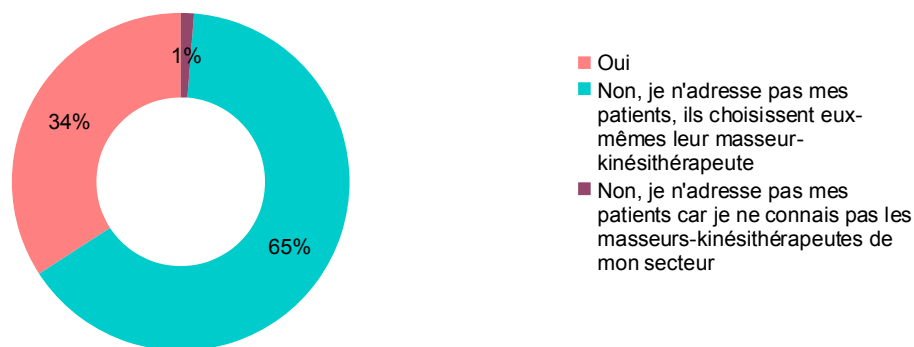
VI-4. La relation avec le masseur-kinésithérapeute

VI-4-a. Adressez-vous vos patients à un/des masseurs-kinésithérapeutes en particulier ?

Une grande majorité des médecins (65%) n'adressent pas leurs patients et laissent le choix du masseur-kinésithérapeute au patient.

34 % adressent leurs patients à un/des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, 1 % dit ne pas adresser leurs patients par méconnaissance des masseurs-kinésithérapeutes de leur secteur.

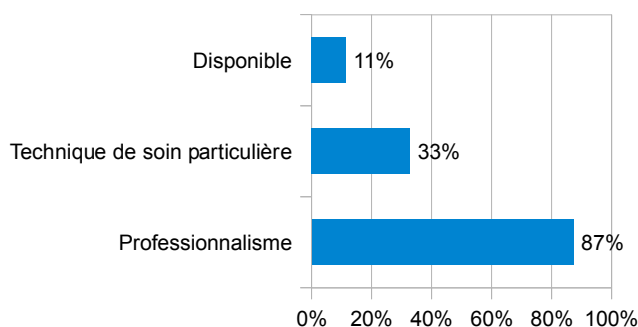
Tableau n°24 : Adressez-vous vos patients à un/des masseurs-kinésithérapeutes ?



VI-4-b. Si vous adressez vos patients ou si vos patients vous demandent conseil, auprès de quel masseur-kinésithérapeute les adressez-vous?

Parmi les médecins adressant ou conseillant leurs patients sur le choix du masseur-kinésithérapeute, 87% le font pour son professionnalisme, 33% le font pour une technique de soin particulière, et 11% le font pour la disponibilité du masseur-kinésithérapeute pour le patient.

Tableau n° 25 : Si vous adressez vos patient, auprès de quel masseur-kinésithérapeute le faites-vous ?



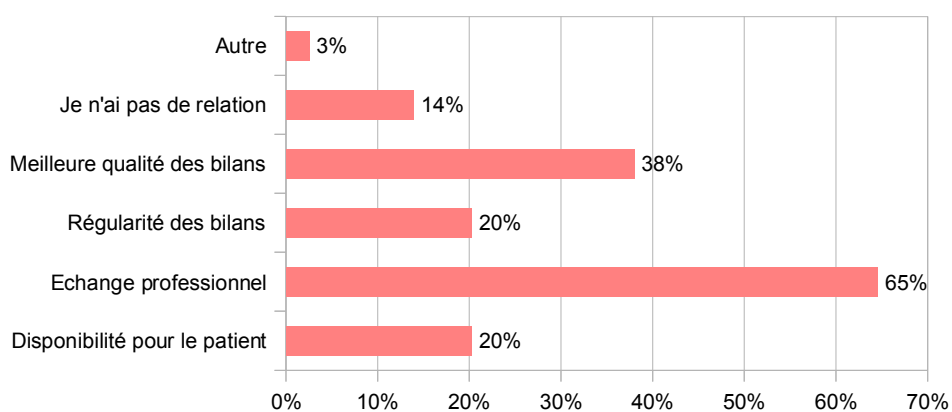
VI-4-c. Que vous apporte votre relation professionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes ?

Pour une grande majorité des répondants (65%) la relation entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute apporte un échange professionnel. Pour 20% cela apporte une plus grande disponibilité pour le patient, pour 20% une régularité des bilans, pour 38% une meilleure qualité des bilans.

14% des médecins disent ne pas avoir de relation professionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes.

3% des médecins apportent une autre réponse : relation de confiance, échange limité.

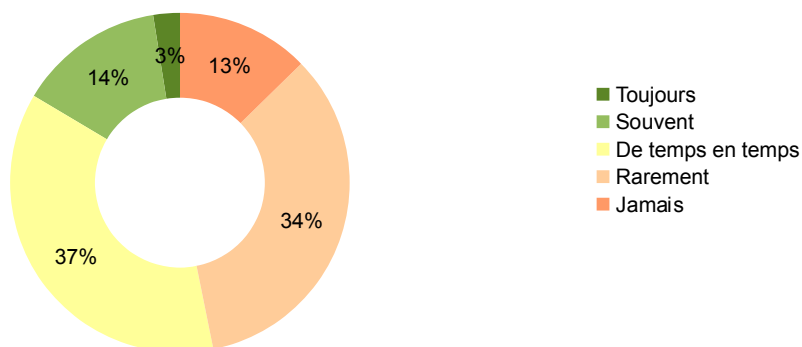
Tableau n°26: Que vous apporte votre relation professionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes ?



VI-4-d. Recevez-vous les fiches bilan des masseurs-kinésithérapeutes ?

3% des médecins répondent toujours recevoir les fiches bilan, 14% répondent souvent, et pour une grande majorité des répondants (84%) les fiches bilan sont peu reçues (37% de temps en temps, 34% rarement et 13% jamais)

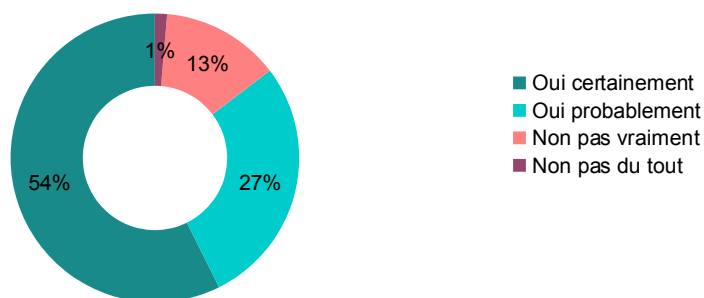
Tableau n°27 : Recevez-vous les fiches bilan des masseurs-kinésithérapeutes ?



VI-4-e. Si vous les recevez, ces informations ont-elles un intérêt pour vous ?

Pour la moitié des médecins (54%), les fiches bilan leur apportent un intérêt de façon certaine. Pour 27% des répondants, les fiches bilan sont probablement intéressantes, pour 13% elles ne le sont pas vraiment et pour 1 % elles ne le sont pas du tout.

Tableau n° 28: Les fiches bilan ont-elles un intérêt ?

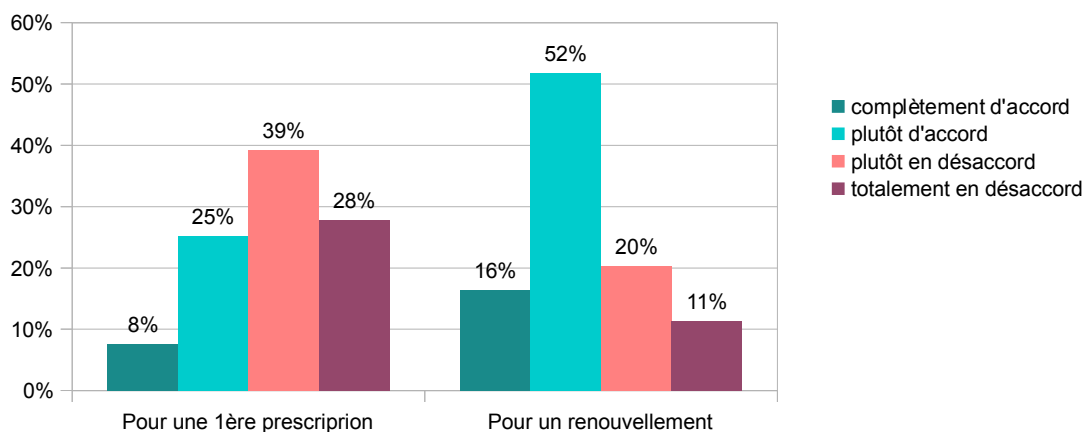


VI-4-f. Seriez vous favorable à une plus grande autonomie des masseurs-kinésithérapeutes ?

La plupart des médecins ne seraient pas favorables à une plus grande autonomie des masseurs-kinésithérapeutes pour ce qui est de la première prescription : 28% sont totalement en désaccord et 39% plutôt en désaccord. A l'inverse, 8% sont complètement d'accord et 25% plutôt d'accord pour une plus grande autonomie des masseurs-kinésithérapeutes pour une première prescription.

Pour ce qui est du renouvellement, 52% des médecins sont plutôt d'accord et 16% complètement d'accord pour que les masseurs-kinésithérapeutes soient plus autonomes. A contrario, 20 % sont plutôt en désaccord et 11% en total désaccord.

Tableau n°28 : Seriez-vous favorable à une plus grande autonomie de la part des masseurs-kinésithérapeutes ?



VI-4-g. Quels axes d'amélioration vous paraissent prioritaires dans la relation médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute ?

Pour cette question ouverte, on retrouve principalement les réponses suivantes : meilleure connaissance du travail des kinésithérapeutes et de l'évaluation de la kinésithérapie, communication entre les professionnels, compte rendu systématique des prises en charge, apprentissage des mouvements à réaliser à domicile pour le patient, partage des informations, un seul kinésithérapeute par patient, sans avis, rien à améliorer.

Voici quelques extraits de réponses :

« Plus de complémentarité par une meilleure communication interprofessionnelle. Il faut sortir de la prescription quantitative qui enferme l'effecteur par la rigidité de la

prescription. Il conviendrait de promouvoir la prescription qualitative (avec la simple et uniforme "Indication de kinésithérapie"), mais toujours accompagnée d'un courrier expliquant le problème à traiter et son contexte. Le kiné fait son bilan, propose une stratégie thérapeutique et établit la demande d'entente préalable du programme proposé. En fin de programme, à titre personnel j'exige un bilan de réalisation écrit et me fais récalcitrant pour délivrer une prescription complémentaire si ce bilan fait défaut. J'estime qu'il n'est pas de la compétence du médecin généraliste de prescrire les techniques particulières ; il s'agit là pleinement du domaine de compétence du kiné. »

« Profession qui dans 80% des cas ne sert à rien. Donc pour essayer d'être utiles les Kinés deviennent auto- prescripteurs: ostéopathe , fasciathérapeute, microkiné, diététicien empirique (conseils alimentaires farfelus), commerçant (vente de salonpas, baume du tigre, huiles essentielles)..... »

« Qu'ils résumant leur actions serait un minimum. Je n'ai JAMAIS reçu de compte rendu. Qu'ils se présentent pourrait aider à mieux comprendre ce qu'ils font. Je suis allée voir moi même les masseurs-kinésithérapeutes du quartier nul n'a jugé bon de quitter leurs patients pour venir me serrer la main. Ils sont la porte à côté !

Disposer d'un guide de prescription par grand pathologie deviendra indispensable dans une optique d'optimisation des prises en charge

2 options pour les masseurs-kinésithérapeutes : attendre la caisse et subir ou valider une grille nationale qui s'imposera à la caisse si elle est respectable et adoptée. »

VII- DISCUSSION

VII-1. Limites et biais de l'étude

VII-1-a. Taux de participation

Le taux de réponse de l'enquête est de 43,4% (79 médecins ont répondu sur 182 médecins interrogés). Médecins ne se sentant pas concernés par le thème de l'étude, un oubli de réponse, un manque de temps des médecins, un refus systématique de collaborer à toute enquête sont autant de raisons pouvant expliquer l'absence de réponse.

L'échantillon représente 9,6% de la population médicale départementale qui compte 820 médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2011 (source ADELI).

VII-1-b. Biais de l'étude

L'enquête en ligne est propre à optimiser le taux de réponse. Cependant, nous identifions avec ce type d'enquête deux biais de sélection :

- ▲ *biais de volontariat* : pour tout questionnaire auto-administré, les répondants doivent effectuer une démarche volontaire, et la proportion de non-réponses à ce type d'envoi dépend principalement de l'intérêt et de la sensibilité que le médecin porte au thème de l'étude. Ainsi, les résultats obtenus sont à pondérer par le fait que les 79 médecins ayant répondu se sentent probablement intéressés et concernés par le sujet. Les questionnaires non parvenus peuvent être témoins d'une réticence par méconnaissance du sujet ou d'un désintérêt.
- ▲ *biais de recrutement* : l'enquête n'était pas accessible à tous les médecins. Elle excluait les médecins non informatisés. Ce mode de recrutement a été choisi pour solliciter un minimum de temps aux médecins et obtenir un maximum de réponses.

Le *biais de déclaration* est présent dans notre enquête : les réponses ne sont pas des constats, elles font appel à la mémoire du praticien et sont, en conséquence, soumises à une certaine part de subjectivité.

VII-1-c. Qualité du questionnaire et des réponses

Les limites du questionnaire dans sa forme et son contenu sont les suivantes :

- Connaissant le manque de temps de la plupart des médecins généralistes, il a fallu restreindre le nombre de questions, et donc faire des choix.
- Au total, le questionnaire comporte 30 questions. Il faut en moyenne 10 minutes pour le compléter. En l'occurrence, plusieurs sujets n'ont pas pu être précisés ou abordés comme le contenu de la formation en masso-kinésithérapie que certains des médecins répondants ont réalisé, les avantages et inconvénients de la fiche bilan du masseur-kinésithérapeute.

➤ Bien que testé préalablement auprès de plusieurs médecins généralistes, certaines questions ont pu être comprises au conditionnel (notamment les questions suivantes : « si vous recevez les fiches bilans, ont-elles un intérêt pour vous ? » et « quel est votre ressenti le plus fréquent face à une demande de renouvellement ? »).

VII-1-d. Représentativité de l'échantillon

Il est difficile de connaître la représentativité de l'échantillon dans la mesure où les données concernant l'âge et le sexe n'ont pas été demandées. Ces données ne semblaient pas utiles pour l'étude, car n'interférant pas dans les pratiques de prescription de masso-kinésithérapie.

Aussi, le questionnaire étant anonyme, la possibilité de représenter l'échantillon par densité de médecins par territoire n'est également pas envisageable.

→ L'enquête a obtenu un taux de réponse de 43,4% représentant 9,6% de la population médicale départementale (médecin généraliste), et est soumise à plusieurs biais : biais de recrutement (médecin informatisé), biais de volontariat (sensibilité des médecins au sujet), biais de déclaration. La représentativité de l'échantillon de médecins généralistes n'est pas réalisable, l'analyse des résultats doit donc être prudente.

VII- 2. Profil de la population étudiée

Les questionnaires reçus émanent surtout des médecins installés depuis plus de 5 ans et ce de façon équitable entre les tranches d'années d'installation : en effet il y a sensiblement autant de réponses de médecins installés depuis 5-10 ans que ceux depuis 10-20 ans, 20-30 ans ou plus de 30 ans. Par contre la proportion de médecins installés depuis moins de 5 ans est faible : 5,1%.

La population interrogée est donc en faveur d'une population de médecin avec une patientèle habituelle, ayant établi un réseau professionnel et avec une certaine expérience professionnelle acquise dans la prise en charge de leurs patients.

Ce sont des médecins qui réalisent régulièrement des prescriptions de masso-kinésithérapie (seul 1% de la population interrogée n'avait pas réalisé de prescription la semaine précédant l'enquête), cet élément indique que la masso-kinésithérapie fait partie des traitements habituellement prescrits dans l'exercice quotidien des médecins interrogés.

Nous avons délibérément formulé la question de la formation en rapport avec la masso-kinésithérapie afin de déterminer si ces formations apportent une meilleure

connaissance dans le domaine de la prescription de la masso-kinésithérapie et concourent à une meilleure relation professionnelle. La proportion de médecins ayant une formation en rapport avec la masso-kinésithérapie (médecine du sport, médecine thermale, mésothérapie, ostéopathie, douleur) est de 10%. Cette proportion est faible et invite à interpréter les résultats avec prudence.

La population interrogée est sensiblement bien répartie en ce qui concerne la proximité du cabinet du médecin généraliste avec celui du masseur-kinésithérapeute (54% des médecins sont proches d'un cabinet de masso-kinésithérapie, 46% en sont éloignés). La connaissance de la proximité entre les cabinets nous permettra d'évaluer si ce facteur intervient dans la relation entre les deux professionnels de santé.

→ L'échantillon étudié est en grande partie une population de médecins installés depuis plus de 5 ans, élément en faveur de médecins avec un réseau professionnel établi, une patientèle habituelle et une certaine expérience professionnelle dans le suivi des patients. La moitié d'entre eux sont éloignés d'un cabinet de masso-kinésithérapie et l'autre moitié en sont proches. La prescription de masso-kinésithérapie est une pratique quasi quotidienne pour nos médecins interrogés.

VII- 3. Connaissances théoriques des médecins généralistes concernant la prescription de masso-kinésithérapie

L'enquête n'avait pas pour but de tester les connaissances précises des médecins généralistes dans le domaine de la masso-kinésithérapie mais de savoir comment les médecins généralistes ont eu une approche de la masso-kinésithérapie et comment jugent-ils leurs connaissances dans ce domaine.

VII-3-1. L'approche des médecins généralistes à la masso-kinésithérapie

On se rend compte que pour la plupart des médecins interrogés, les connaissances en masso-kinésithérapie étaient apportées à leur propre initiative : par curiosité pour 54% d'entre eux, par leur entourage pour 27% et parce qu'ils ont eu recours à la kinésithérapie en tant que patient pour 38% des médecins. La formation médicale a apporté une connaissance en masso-kinésithérapie à 15% des médecins, et les revues spécialisées à 23% des médecins.

Ces chiffres montrent que la majorité des connaissances sur la masso-kinésithérapie ne vient pas de l'enseignement médical initial mais vient d'une démarche personnelle des

médecins, qu'elle soit professionnelle ou non.

A la Faculté, à partir de 2004 (date à laquelle l'Examen Classant National (ECN) est instauré), la première approche que les futurs médecins ont dans le domaine de la masso-kinésithérapie est proposée dans l'item n°53 « Principales techniques de rééducation et de réadaptation : Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie » du Module 4 « Handicap-Incapacité-Dépendance » de l'ECN. Cet item développe les domaines de compétences du kinésithérapeute, les principales techniques de kinésithérapies dans leurs généralités et leurs indications.

Aussi, le traitement par masso-kinésithérapie est indiqué dans le chapitre de certaines pathologies traitées dans les items de l'ECN. Il développe plutôt les objectifs à atteindre, que les techniques des masso-kinésithérapie à utiliser.

Pour les années qui précèdent l'arrivée de l'ECN, il semble que le contenu de l'enseignement médical traitant de la masso-kinésithérapie fut pauvre.

Une fois diplômé, le médecin se forme par ses propres moyens :

1. A la Réunion, parmi les formations proposées par les organismes de formation médicale continue (FMC), il y a 2 thèmes où le sujet de la masso-kinésithérapie a été abordé dans les dix dernières années : la lombalgie et la bronchiolite du nourrisson. Dans notre enquête la proportion des médecins n'ayant jamais réalisé de formation en rapport avec la masso-kinésithérapie s'élève à 90%. Cela peut s'expliquer par l'inexistence des FMC proposées dans ce domaine à la Réunion, obligeant les médecins à réaliser des formations plus contraignantes comme les diplômes universitaires ou capacités qui demandent un investissement important et ne répondent pas spécifiquement au manque de formation initiale pour une pratique quotidienne.
2. Concernant les revues médicales,
 - La Revue du Praticien propose plusieurs articles sur le sujet de la masso-kinésithérapie :
 - En 2001, est publié l'article « L'ordonnance de kinésithérapie est désormais simplifiée »¹⁸ suite à la révision de la nomenclature des actes de rééducation et de réadaptation par l'arrêté du 4 octobre 2000, en expliquant la nouvelle rédaction de l'ordonnance à réaliser par le médecin et le rôle renforcé du masseur-kinésithérapeute par son bilan-diagnostic kinésithérapique.
 - En 2002 est publié l'article « Kinésithérapie : la nouvelle ordonnance »¹⁹, précisant les modifications concernant l'ordonnance de masso-kinésithérapie selon l'arrêté du 4 octobre 2000, la notion de coordination des soins par la réalisation d'un bilan diagnostic kinésithérapique et de fiches de synthèse.
 - Un article sera publié en 2003²⁰ puis révisé en 2009¹¹ pour reprendre l'item de l'ECN « Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie » dans son même ensemble, sans préciser les

modifications de prescription ni les notions de bilan-diagnostic kinésithérapique apportés par les textes de lois.

- Quant à la Revue Prescrire, plusieurs articles sont publiés:
 - Un premier article en 1992, « La rédaction d'une ordonnance de kinésithérapie »²¹ décrit les compétences des kinésithérapeutes, les actes remboursés par la Sécurité Sociale, la bonne rédaction d'une ordonnance et l'intérêt d'une coopération entre prescripteur et kinésithérapeute.
 - En mars 2000, l'article « Evolution des rôles infirmiers-kinés-médecins »²² évoque les propositions du rapport Brocas dans la nouvelle organisation des soins : le médecin ne serait plus tenu de préciser les actes lors des prescriptions d'infirmiers ou de kinésithérapie, les infirmiers et kinésithérapeutes établiraient un bilan-diagnostique paramédical, les objectifs et un plan de soins.
 - En 2001 un article s'intitulant « Evolution des rapports kinés-médecins »²³ décrira les modalités du bilan-diagnostic kinésithérapique devant modifier les rapports entre les kinésithérapeutes et les médecins dans le sens d'une meilleure communication entre patient, médecin prescripteur, kinésithérapeute et médecin-conseil de l'assurance maladie.

3. Le médecin peut également trouver des informations auprès de la HAS dans ses recommandations pour la pratique clinique. Les recommandations pour lesquelles la masso-kinésithérapie est évoquée voire développée sont multiples et variées, citons quelques exemples : en gériatrie, la masso-kinésithérapie est abordée dans la conservation des capacités motrices ou la prévention des chutes ; en orthopédie, on retrouve la masso-kinésithérapie en traitement post chirurgical de plusieurs pathologies ; en neurologie, ce sont les recommandations sur l'accident vasculaire cérébral qui aborderont la masso-kinésithérapie.

L'ensemble des recommandations pour la pratique clinique se référant à la masso-kinésithérapie sont rappelées dans le tableau de l'annexe 11.

→ *Même si les moyens d'approches scientifiques de la masso-kinésithérapie sont divers et complémentaires, les médecins généralistes se contentent majoritairement d'une approche informelle, difficile à suivre et à évaluer.*

VIII-3-2. Connaissances générales de la masso-kinésithérapie

Plus de la moitié des médecins interrogés estiment leurs connaissances suffisantes en matière de règles de prescriptions (54%) et en indication de la masso-kinésithérapie (66%).

Nombreux sont ceux estimant leurs connaissances insuffisantes concernant les échelles d'évaluation (97%), les techniques de masso-kinésithérapie (66%) et les actes de masso-kinésithérapie remboursés (75%).

Quelque soit leur niveau de connaissance les médecins restent très majoritairement intéressés par de plus amples informations dans les domaines cités précédemment (sauf les actes remboursés), et surtout par l'évaluation de la masso-kinésithérapie (76% des médecins aimeraient connaître davantage ce domaine). En effet, lorsque l'on interroge les médecins sur les échelles d'évaluations ou tests référencés utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes, ils sont peu nombreux à les connaître. Pourtant ces test sont des outils utiles pour juger de l'évolution de la pathologie pour laquelle la masso-kinésithérapie a été prescrite, mais aussi pour comprendre le bilan-diagnostique kinésithérapique, car ils font partie intégrante des bilans rédigés par les masseurs-kinésithérapeutes.

Aussi parmi les 8 médecins ayant un diplôme en rapport avec la masso-kinésithérapie, 5 d'entre eux sont intéressés par les règles de prescription et les techniques de masso-kinésithérapie, 3 par les indications de la masso-kinésithérapie, et tous sont intéressés par l'évaluation de la masso-kinésithérapie. Cela peut sous entendre que les diplômes réalisés ne développent pas suffisamment le domaine de la masso-kinésithérapie.

→ Les médecins reçoivent, à la Faculté puis en formation médicale continue, un enseignement peu développé dans le domaine de la masso-kinésithérapie. Ils tirent leurs connaissances par leurs propres moyens (revues médicales, curiosité, entourage, expérience personnelle en tant que patient), déclarent un manque de connaissance pour ce qui est des échelles d'évaluations utilisées en masso-kinésithérapie, des techniques de kinésithérapie et des actes remboursés, et estiment suffisant leur niveau de connaissance pour la rédaction de l'ordonnance et les indications de la masso-kinésithérapie. Il est intéressant de voir que, quelque soit le niveau de compétences, une très grande majorité des médecins reste ouverte et intéressée à tout enseignement supplémentaire pour tout ce qui constitue la masso-kinésithérapie, et ce par le biais de formation médicale continue pour une grande partie d'entre eux, en plus de l'enseignement dispensé à la Faculté.

VII-4. Attitudes pratiques des médecins généralistes de la Réunion

VII-4-1. Les arbitrages du recours à la masso-kinésithérapie

Dans notre étude, 43% des médecins interrogés ont réalisé plus de 5 prescriptions de masso-kinésithérapie la semaine précédant le questionnaire, et 56% entre 1 et 5 prescriptions, ce qui représente la quasi-totalité des médecins.

Si une grande part de la prescription de la masso-kinésithérapie des médecins généralistes est fondée sur une représentation assez précise d'enjeux de rééducation ou de remobilisation (90% des répondants la prescrivent régulièrement comme acte thérapeutique), il y a également une part de prescription qui correspond à des attentes plus floues :

- ✓ soit la pathologie est insuffisamment identifiée par les médecins généralistes (10% des médecins généralistes l'utilisent souvent dans ce cadre là, 44% de temps en temps), et ils demandent un diagnostic kinésithérapique au masseur-kinésithérapeute ;
- ✓ soit la masso-kinésithérapie est utilisée dans certains cas comme une thérapeutique douce qui pourrait améliorer une situation sans risque de l'aggraver (13% des médecins généralistes la prescrivent souvent comme acte testant la masso-kinésithérapie, 43% de temps en temps) ;
- ✓ soit la masso-kinésithérapie est utilisée pour réduire la consommation médicamenteuse à visée antalgique (57% des médecins généralistes la prescrivent régulièrement dans ce sens).

Les raisons de l'utilisation plus floue de la masso-kinésithérapie par les médecins généralistes sont développées une étude de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) ²⁴, étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs avec médecins généralistes et rhumatologues, analysant leur conception de la masso-kinésithérapie et leurs pratiques de prescription de masso-kinésithérapie. De cette étude, il en ressort que:

- △ dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires (le rachis en particulier), la question de l'auto-entretien des patients est très souvent abordée comme traitement préventif contre la douleur. Seulement, les médecins de cette étude constatent les difficultés à faire passer ce message : difficulté à éduquer les patients, manque de temps pour un interrogatoire détaillé sur les modes de vie et pour expliquer les exercices d'entretien articulaire. C'est pourquoi, certains se tournent vers le kinésithérapeute pour l'apprentissage des exercices pour les pathologies douloureuses chroniques.
- △ aussi, la chronicité des pathologies est en soi une indication de l'échec relatif des thérapeutiques antérieures, et les médecins ont assez facilement recours à la kinésithérapie comme un moyen doux et sans risque de continuer de soigner si le patient est réceptif.

→ Ainsi les prescriptions de masso-kinésithérapie sont essentiellement réalisées à but thérapeutique, répondant à des situations précises : c'est un élément en faveur pour dire que les médecins généralistes savent juger de l'intérêt et des indications spécifiques de la masso-kinésithérapie.

VII-4-2. La rédaction de l'ordonnance

Nous avons appris dans le chapitre « Masso-kinésithérapie – Aspects législatifs » qu'il n'est plus obligatoire que la prescription soit quantitative ou qualitative. Les médecins interrogés estiment pour la moitié d'entre eux, leur connaissance suffisante dans ce domaine. Mais qu'en est-il dans leur exercice quotidien ?

a. L'aspect quantitatif de l'ordonnance

Notre enquête relève que le nombre de séances reste indiqué pour 76% des répondants et le rythme pour 49%.

Selon une étude nationale ²⁵ réalisée en mars 2001 par l'Assurance Maladie (les trois principales caisses d'assurance maladie) ayant eu pour double objectif de mesurer l'impact de la réforme de la nomenclature sur les dépenses et la structure d'activité des masseurs-kinésithérapeutes, et de réaliser un audit médical de l'appropriation de cette réforme par les professionnels concernés, les médecins avaient conservé la prescription quantitative dans la grande majorité des cas : seules 3% des prescriptions ne précisaient que l'indication du traitement, laissant au masseur-kinésithérapeute la décision du nombre de séances nécessaires.

Les raisons pour lesquelles les médecins continuent leur prescription quantitative et qualitative sont évoquées dans le rapport d'étude de l'ONDPS ²⁴ et sont les suivantes:

- ✓ certains professionnels ne savent pas que les modalités de prescription ont évolué,
- ✓ d'autres considèrent que la quantification des séances est une forme de prudence professionnelle, et cela semble lié au fait que ces praticiens n'adressent pas à des kinésithérapeutes en particulier,
- ✓ pour d'autres encore, la prescription quantitative est le fruit d'une construction par l'expérience, mais elle devient plus une habitude qu'une réelle analyse de la situation,
- ✓ enfin, pour certains médecins généralistes et pour certaines pathologies récurrentes (la lombalgie chronique par exemple), la prescription quantitative est réalisée pour l'année, sans dépasser le maximum à l'année nécessitant une demande d'entente préalable. Ainsi, le kinésithérapeute peut piocher dedans et décider du nombre de séances dont il aura besoin pour traiter la pathologie et avec quelle récurrence.

Une autre explication serait que les médecins généralistes n'aient pas été suffisamment informés des référentiels fixés par l'UNCAM, référentiels qui fixent pour sept pathologies définies, un nombre de séances au-delà duquel le kinésithérapeute doit réaliser une demande d'accord préalable auprès de la CPAM avant de prolonger les séances.

Ainsi, l'encadrement des pratiques des kinésithérapeutes par l'UNCAM peut être une réponse face à l'inquiétude des médecins quant à la prudence professionnelle.

b. L'aspect qualitatif de l'ordonnance

Dans notre étude, le type de masso-kinésithérapie est régulièrement indiqué par 61% des médecins (28% toujours et 33% souvent).

Les kinésithérapeutes déterminent eux-mêmes le détail des techniques utilisées pour la rééducation et sont responsables de ce choix (civilement et pénalement) depuis le décret de 1996 (annulant le décret de 1985) qui énonçait "Art. 7 - Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants (...)":

Dans le cadre de la prescription, le kinésithérapeute n'était tenu par celle-ci que pour le nombre de séances et l'étendue de la zone à traiter, le détail du programme de rééducation imposé par le médecin ne pouvant remettre en question la liberté du choix des techniques par le kinésithérapeute.

Aussi, la région à traiter, nécessaire au travail des kinésithérapeutes, est toujours indiquée pour 89% des cas. Le diagnostic, quant à lui, est régulièrement indiqué dans 81% des cas. Il convient cependant de préciser que d'après le décret n°95-100 du Code de Déontologie Médicale ²⁶ et le Code Pénal (article 216-13), inscrire le diagnostic ou toute autre information relative au patient sur l'ordonnance, qui peut transiter par les services administratifs, est une transgression au secret de transmission ²⁷.

Mais nous nous rendons compte que 4 % des médecins interrogés de notre étude joignent régulièrement un courrier d'accompagnement à la prescription, et que ce dernier n'est pas utilisé dans le cadre du secret de transmission puisque les médecins joignant un courrier indiquent tous le diagnostic, les contre-indications et les précautions sur l'ordonnance.

Les informations essentielles et nécessaires au travail du masseur-kinésithérapeute sont évoquées dans une thèse réalisée en 2010 à Nancy ²⁸ sur l'optimisation de la prise en charge des lombalgies chroniques par le médecin généraliste, informations recueillies à la suite d'entretien auprès des kinésithérapeutes. Il s'agit d'un diagnostic précis, des antécédents du patient et l'imagerie en rapport avec la pathologie.

Même si le kinésithérapeute a pour obligation d'établir un bilan diagnostic kinésithérapique, il a besoin de se conforter à celui du médecin. Le médecin reste à l'origine de la prescription et met en jeu sa responsabilité professionnelle.

A l'inverse, les informations utiles au travail du kinésithérapeute sont peu indiquées : les objectifs ne sont indiqués que pour 21% des médecins, les contre indications pour 34 %, et les précautions pour 41%.

Les objectifs attendus de la rééducation découlent des déficiences et de la réduction de capacité constatées lors de l'examen médical, mais aussi des attentes du patient. Il est particulièrement intéressant de les préciser pour informer le kinésithérapeute de ce que l'on

attend de la rééducation prescrite. Le fait de préciser les objectifs au patient permet également d'insister sur la nécessité et l'utilité de la masso-kinésithérapie que le médecin prescrit afin d'amener une plus grande implication du patient dans son traitement.

Les précautions et contre-indications sont des éléments importants tant pour les conséquences que cela peut engendrer sur le patient que pour la responsabilité du masseur-kinésithérapeute.

Citons quelques exemples :

- ➔ la mauvaise tolérance à l'effort (BPCO, insuffisance cardiaque),
- ➔ l'allergie cutanée,
- ➔ la fragilité osseuse (limitant le travail contre résistance),
- ➔ la fragilité ligamentaire (limitant les amplitudes articulaires et l'intensité du travail),
- ➔ le traitement pouvant avoir des conséquences sur la masso-kinésithérapie (fortes doses d'antalgiques, radiothérapie, myorelaxant),
- ➔ le pace-maker ou la prothèse scellée contre indiquant l'électrothérapie, les ondes électromagnétiques ou mécaniques.

Dans une enquête de pratique ²⁹ réalisée en 2000 par l'ANAES sur le dossier de masso-kinésithérapie, on y retrouve les besoins perçus quant à la bonne réalisation de ce dossier. A la question « *Quelles sont les données minimales, relatives à la prescription médicale, qui constituent selon vous le dossier du patient en masso-kinésithérapie?* », les kinésithérapeutes répondent : diagnostic médical (19,1%), indications et objectifs souhaités par le médecin (13,2%), antécédents médicaux et chirurgicaux (10,1%), contres-indications (8,5%), nombre de séances (4,9%).

→ La réglementation de la rédaction de l'ordonnance semble être sans incidence ou ignorée sur les pratiques de la moitié de nos médecins interrogés réalisant une prescription quantitative et qualitative . Les raisons sont évoquées par d'autres études : la méconnaissance de la réforme, la prudence professionnelle, les habitudes professionnelles. Pourtant, cette simplification de la prescription semble adaptée pour la plupart des médecins non spécialisés en médecine physique et réadaptation étant donné l'insuffisance de formation initiale dans ce domaine.

Il faut cependant garder en mémoire que cette nouvelle rédaction d'ordonnance n'interdit pas au médecin de la garder quantitative (le nombre sera donc imposé au masseur-kinésithérapeute), mais que le type de kinésithérapie reste de la décision de ce dernier. Toutes les informations concernant le diagnostic, les antécédents du patient, les tares associées sont utiles et nécessaires au masseur-kinésithérapeute dans le choix des techniques de rééducation. Ces informations devraient être transmises dans un courrier joignant la prescription afin de respecter le secret de transmission.

VII-4-3. Influence ou non du logiciel d'aide à la prescription sur la rédaction des ordonnances

Parmi les médecins interrogés, 67 % ont un logiciel d'aide à la prescription, et si l'on croise les réponses obtenues à la question « comment réalisez-vous, le plus souvent, vos prescriptions de masso-kinésithérapie ? » avec les réponses de la question « qu'indiquez-vous sur l'ordonnance de masso-kinésithérapie ? », on remarque que :

- parmi les 48 médecins (sur 79) indiquant régulièrement le type de kinésithérapie (toujours et souvent), 52% le font en rédigeant personnellement leur prescription (35,4% manuscrite et 16,6% sans utiliser leur logiciel d'aide à la prescription), et 45% qui le font en modifiant le contenu proposé par leur logiciel d'aide à la prescription ;
- parmi les 60 médecins (sur 79) indiquant régulièrement le nombre de séances de kinésithérapie, 45 % le font en modifiant le contenu de la prescription fournie par le logiciel, et 51,6% rédigent personnellement leur prescription (38,3% manuscrite, et 13,3% sans utiliser la prescription proposé par le logiciel).

Sur ces 2 données, nombre et type, il n'y a pas de différence entre les utilisateurs et les non-utilisateurs du logiciel d'aide à la prescription.

Nous aurions pu penser que le logiciel d'aide à la prescription ait une influence sur le contenu de la prescription de masso-kinésithérapie, puisque l'un d'entre eux (Axisanté 4, logiciel le plus courant) a des prescriptions de masso-kinésithérapie pré-enregistrées indiquant le nombre de séance et le type de kinésithérapie, mais nous nous rendons compte du contraire : même dans une prescription personnelle, le médecin y indique régulièrement le nombre de séance et le type de masso-kinésithérapie à effectuer.

→ Il n'y a pas d'influence sur le contenu des ordonnances par les prescriptions de masso-kinésithérapie pré-enregistrées des logiciels d'aide à la prescription, puisque soit les médecins rédigent personnellement les ordonnances de masso-kinésithérapie soit les médecins utilisent leur logiciel pour la rédaction d'ordonnance de masso-kinésithérapie en modifiant le contenu.

Le nombre des séances et le type de masso-kinésithérapie restent précisés dans les ordonnances.

VII-4.4. L'évaluation de la masso-kinésithérapie par les médecins généralistes

Le nombre de médecins qui évaluent régulièrement l'efficacité de la masso-kinésithérapie est de 47%: 8% des médecins évaluent toujours l'efficacité, 39% le font souvent.

Les éléments les plus utilisés pour juger de l'efficacité de la masso-kinésithérapie sont :

- la satisfaction du patient suite aux séances de masso-kinésithérapie : 39% des médecins interrogent toujours le patient sur son ressenti, 49% le font souvent ;

- l'examen clinique, qui est toujours réalisé par 20% des médecins, et souvent pour 52%, afin de juger de l'efficacité de la masso-kinésithérapie ;
- l'assiduité des patients aux séances de kinésithérapie qui intéressent toujours les médecins pour 20% d'entre eux, et souvent pour 41%.

Les échelles d'évaluations sont peu utilisées par les médecins généralistes car peu connues, comme nous l'avons remarqué précédemment. Les fiches de synthèse et la correspondance directe ne font également pas parties des éléments fréquemment utilisés pour évaluer la masso-kinésithérapie.

→ *L'efficacité du traitement kinésithérapique est régulièrement évaluée pour 47% des médecins interrogés. De façon générale, le patient est au centre de cette évaluation. Le médecin s'appuie avant tout sur la satisfaction du patient du travail mené avec le masseur-kinésithérapeute mais aussi sur le changement d'état constaté par l'examen clinique du médecin. Le patient est le « véhicule » des informations entre les deux professionnels de santé puisque les fiches de synthèse et la correspondance directe restent des éléments peu utilisés en pratique.*

VII-4-5. Attitude des médecins généralistes face au renouvellement de prescription de masso-kinésithérapie

Si les médecins prescrivent avec facilité de la masso-kinésithérapie, ils semblent avoir une attitude méfiante quant au renouvellement puisque 16% d'entre eux sont réticents face à une demande de renouvellement, 22% prennent connaissance de l'évolution du patient auprès du masseur-kinésithérapeute avant de renouveler la prescription.

Cette méfiance disparaît lorsque le renouvellement est motivé par une fiche de synthèse réalisée par le masseur-kinésithérapeute : 51% des médecins réalisent le renouvellement en toute confiance lorsqu'il y a une fiche de synthèse.

En pratique, la correspondance avec le masseur-kinésithérapeute est peu fréquente pour permettre au médecin de réfléchir au besoin de renouveler la prescription de masso-kinésithérapie : le courrier n'est présent que pour 16% des médecins et la relation téléphonique pour 25% des médecins.

Pour 53% des médecins, la demande de renouvellement par le masso-kinésithérapie se fait régulièrement par l'intermédiaire du patient (4% toujours, 49% souvent).

Pour 73% de nos médecins, le renouvellement se base régulièrement selon leur jugement (14% toujours et 59% souvent).

→ *Le renouvellement de masso-kinésithérapie reste à l'initiative des médecins pour une grande majorité d'entre eux, mais se fait également par l'intermédiaire du patient. Le masseur-kinésithérapeute communique peu sa demande par l'intermédiaire de fiche de synthèse ou par contact téléphonique. Pourtant 51% des médecins renouvellent la prescription en toute confiance lorsque celle ci est motivée par une fiche de synthèse.*

VII-5. La relation médecin-kinésithérapeute

Seuls 14% des médecins de notre étude disent ne pas avoir de relation avec le masseur-kinésithérapeute.

Pour les autres médecins, elle est présente et apporte différents avantages selon nos médecins interrogés :

- un échange professionnel pour 65% d'entre eux ;
- une régularité de bilans pour 20% des répondants et une meilleure qualité des bilans pour 38% des répondants ;
- une disponibilité pour le patient pour 20% des médecins ;
- une relation de confiance pour 1%.

La relation entre ces deux professionnels de santé se base sur plusieurs éléments :

- l'intérêt que porte les médecins généralistes au travail du masseur-kinésithérapeute : 77,2% des médecins déclarent avoir visité un cabinet de masso-kinésithérapie en tant que professionnel de santé, nombreux sont les médecins à vouloir participer à une formation dans le domaine de la masso-kinésithérapie et 81% des médecins sont intéressés par les fiches bilans du masseur-kinésithérapeute (pour 54%, l'intérêt est certain, et pour 27% il l'est probablement) ;
- la confiance que porte le médecin généraliste auprès du masseur-kinésithérapeute : en effet 34% des médecins généralistes interrogés travaillent en partenariat avec un/des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, et 87% privilégient le professionnalisme du masseur-kinésithérapeute pour adresser ou conseiller leur patient.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la proximité entre cabinet de médecine générale et cabinet de masso-kinésithérapie n'intervient ni dans la relation professionnelle ni dans le travail en partenariat avec le kinésithérapeute. En effet, parmi les 54% de médecins proches d'un cabinet de masso-kinésithérapie, 55,8% laissent le choix du masseur-kinésithérapeute au patient, 39,5% d'entre eux adressent leur patient à un ou des masseurs-kinésithérapeutes en particulier, et 2,3% ne connaissent pas les masseurs-kinésithérapeutes travaillant à proximité de leur cabinet. Par ailleurs, lorsque l'on compare les résultats sur ce qu'apporte la relation professionnelle médecin-kinésithérapeute (qualité et régularité des bilans, échange professionnel, disponibilité pour le patient) il n'y a pas de différence marquée entre les résultats des médecins proches ou éloignés d'un cabinet de kinésithérapie.

Le nombre des fiches bilan des masseurs-kinésithérapeutes étant insuffisant (84% des médecins ne les reçoivent pas ou peu), elles ne permettent pas de faire d'elle un élément de base dans la relation entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute, et ce malgré l'intérêt que porte les médecins à ces fiches.

→ La relation entre les deux professionnels de santé est présente et apporte non seulement un échange professionnel, mais aussi une plus grande disponibilité du masseur-kinésithérapeute pour le patient, une régularité et une qualité des bilans kinésithérapiques. La relation professionnelle, côté médical, est basée sur deux facteurs : l'intérêt et la confiance que porte le médecin généraliste au travail du masseur-kinésithérapeute.

En revanche, la proximité entre les deux cabinets et la correspondance par les fiches bilan n'influencent ni la relation professionnelle ni le travail en partenariat.

VII-6. Y a t-il des améliorations à entreprendre pour améliorer les relations professionnelles ?

Il apparaît sans équivoque qu'une meilleure formation des médecins sur la kinésithérapie est indispensable à l'amélioration des relations professionnelles, soit en formation initiale, soit en formation médicale continue, soit les deux.

Les informations à aborder sont avant tout l'évaluation de la masso-kinésithérapie (avec les échelles et tests référencés utilisés par les kinésithérapeutes), mais aussi les règles de prescription, les techniques et les indications de masso-kinésithérapie.

La formation devrait être axée sur les pathologies pour lesquelles la masso-kinésithérapie est majoritairement prescrite, à savoir : l'orthopédie, la neurologie, la rhumatologie, la gériatrie, la pédiatrie, l'uro-gynécologie.

L'intervention des masseurs-kinésithérapeutes lors des formations est souhaitée par 59% des médecins répondants. Cette intervention pourrait amorcer la relation professionnelle, les médecins pourraient se familiariser avec le métier de kinésithérapeute.

Le partage des renseignements médicaux de la part du médecin prescripteur semble un point important dans l'amélioration de la relation professionnelle puisque le diagnostic médical, les antécédents du patient, les contre-indications ou les précautions d'emploi sont utiles au diagnostic kinésithérapique et à la mise en place de la rééducation. Ces renseignements devraient être indiqués dans un courrier joignant la prescription afin de respecter le secret médical.

Quant au masseur-kinésithérapeute, il a également un rôle dans l'amélioration de la relation, et ce, en rendant compte de son travail auprès du médecin par le biais de la fiche de synthèse résumant son diagnostic kinésithérapique, son examen clinique, le type de kinésithérapie entrepris et l'évolution du patient. Cette fiche de synthèse doit être rapide à lire et compréhensible par le médecin, il doit pouvoir se l'approprier. Il paraît important que le médecin porte un regard intéressé envers la fiche de synthèse afin que celle-ci ne soit pas

vu comme un document administratif supplémentaire pour le kinésithérapeute mais comme un document ayant pour objectif de faciliter un travail en commun.

Ainsi, courrier médical et fiche de synthèse permettraient un dialogue, une meilleure coordination des soins et donneraient de la confraternité à la relation, comme elle existe avec les spécialistes. Le rôle d'intermédiaire ou de relais entre les deux professions qu'occupe le patient serait donc évité.

Notre étude montre que la proximité entre les deux cabinets n'est pas exploitée. Elle pourrait cependant permettre des échanges pluriquotidiens simples, apporter une certaine convivialité entre les deux professionnels de santé. Cette proximité pourrait être aussi utilisée pour réaliser des réunions de formation mutuelle. Et surtout elle permettrait la discussion au cas par cas qui, au final, améliorerait la qualité des soins.

CONCLUSION

A coté du diagnostic et de la prescription médicamenteuse, les médecins généralistes ont de plus en plus intégré une dimension de rééducation dans la prise en charge du patient pour laquelle intervient la masso-kinésithérapie. A la Réunion, ils sont à l'origine de 92% des prescriptions de masso-kinésithérapie.

Le vieillissement de la population avec des pathologies plus nombreuses et plus lourdes, la prévalence des pathologies ostéo-articulaires « mécaniques », combinés à la diminution de la durée moyenne de séjour en établissement de santé français³⁰, peuvent expliquer le recours croissant aux soins apportés par la masso-kinésithérapie.

Notre enquête, questionnant 182 médecins généralistes de l'île de la Réunion tirés au sort, avait pour objectifs d'évaluer les connaissances théoriques et les pratiques des médecins généralistes concernant la masso-kinésithérapie et d'évaluer la relation professionnelle entre ces deux professions de santé. L'enquête a eu un taux de réponse de 43,4% avec 79 réponses, ce qui représente 9,6% de la population de généralistes sur le territoire réunionnais.

Les médecins généralistes interrogés intègrent en pratique courante la prescription de masso-kinésithérapie qui, comme nous l'avons vu, reste peu référencée et peu outillée.

A défaut d'une formation initiale plus complète dans ce domaine, la formation des médecins vient d'une démarche personnelle : curiosité (pour 54% d'entre eux), expérience personnelle en tant que patient (38%), entourage personnel kinésithérapeute (27%) ou revues scientifiques (23%).

La moitié des médecins estime leurs connaissances suffisantes en matière de rédaction d'ordonnance, et 66% jugent leurs connaissances suffisantes pour les indications de masso-kinésithérapie. Les techniques de kinésithérapie, les échelles d'évaluation utilisées en kinésithérapie, et le remboursement des actes sont méconnus pour un plus grand nombre de nos médecins.

Il est important de souligner qu'il existe une volonté claire de la part des médecins généralistes de parfaire leurs connaissances dans ces différents sujets en lien avec la masso-kinésithérapie avec une participation d'un masseur-kinésithérapeute souhaitée par 59% des médecins. La formation semble être demandée dès la faculté par 65% des médecins et à l'occasion de formation médicale continue pour 85% des médecins.

Par ailleurs, les évolutions récentes de la législation, voulant modifier et renforcer la relation interprofessionnelle entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute, semblent n'avoir qu'un faible impact sur les changements des pratiques de nos deux acteurs de soins.

En effet, alors que l'arrêté du 22 février 2000 supprime les termes « quantitatif et qualitatif » de la prescription médicale, 76% des médecins persistent régulièrement dans la dimension quantitative de leur prescription, mais ils sont moins nombreux (61%) à préciser les techniques de kinésithérapie. Ce dernier résultat laisse à penser que les médecins tendent à être confiant dans le choix du masseur-kinésithérapeute dans ses techniques.

Outre le diagnostic et la région à traiter, très régulièrement indiqués, les autres informations concernant le patient (objectifs du traitement, précautions, tares associées) nécessaires au travail du masseur-kinésithérapeute ne sont que peu précisées par les médecins généralistes.

Le masseur-kinésithérapeute, quant à lui, voit son décret de compétence modifié le 29 juin 2000, rendant obligatoire le bilan-diagnostic kinésithérapique et la communication au médecin prescripteur de l'évolution des soins apportés au patient sous forme d'une fiche synthétisant son bilan.

Mais en pratique, à la Réunion, nos médecins interrogés sont nombreux (84%) à peu ou pas recevoir ces fiches bilans, et ce malgré l'intérêt que leur porte 81% des médecins, et l'influence qu'elles auraient sur le renouvellement des soins de kinésithérapie.

A propos de la relation professionnelle entre médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute, nos médecins semblent confiants dans le travail du masseur-kinésithérapeute puisque 68% sont favorables à une plus grande autonomie des kinésithérapeutes dans leur renouvellement de soins.

Cette relation semble se traduire par un échange professionnel pour 65% des médecins même si la communication écrite reste difficile (peu de courrier accompagnant la prescription médicale, peu de retour de fiche bilan). Le patient reste le seul « véhicule » entre ces deux professionnels de santé. Son rôle est triple. Il intervient en amont, puisqu'il choisit son masseur-kinésithérapeute pour la plupart des cas. Il intervient pendant la prise en charge kinésithérapique, puisqu'il apporte au masseur-kinésithérapeute ses informations médicales peu précisées dans l'ordonnance médicale. Enfin, il intervient en aval de la masso-kinésithérapie, puisqu'il est messenger de l'efficacité du traitement au travers de sa satisfaction et d'une amélioration clinique ou messenger d'un renouvellement de soins demandée par le masseur-kinésithérapeute.

Médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute travaillent donc « ensemble » mais ne se rencontrent presque jamais et communiquent peu.

Une formation médicale plus complète dans ce domaine avec participation du masseur-kinésithérapeute, une application des nouvelles réglementations médicales et kinésithérapiques permettraient une communication plus efficace de la part de chaque acteur de santé et favoriseraient la construction de réseaux de soins efficaces.

L'expérimentation des formations inter-professionnelles dans les universités françaises pourrait être une solution pour améliorer les liens entre nos deux futurs professionnels de

santé.

Enfin, des structures telles que les maisons de santé, où le projet commun d'éducation thérapeutique semble créer une relation professionnelle plus forte, sont une piste intéressante à évaluer, car elles paraissent propices à l'amélioration du niveau de collaboration entre médecin et kinésithérapeute.

VIII- ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.....	122
Annexe 2 : Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.....	126
Annexe 3 : Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.....	128
Annexe 4 : Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.....	129
Annexe 5 : Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.....	130
Annexe 6 : Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.....	131
Annexe 7 : Formulaire n° 12040*02 de Demande d'Accord Préalable	147
Annexe 8 : Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS avril 2011.....	150
Annexe 9 : Décret no 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique ...	152
Annexe 10 : Enquête auprès des médecins généralistes de l'île de la Réunion.....	154
Annexe 11 : Recommandations pour la pratique clinique de l'HAS en rapport avec la masso-kinésithérapie.....	162

***Annexe 1 : Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes
professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-
kinésithérapeute***

J.O n° 236 du 9 octobre 1996 page 14802 texte n°

TEXTES GENERAUX
MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la
profession de masseur-kinésithérapeute

NOR: TASP9623057D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail et des affaires sociales,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372, L. 487 et L. 510-10 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Art. 1er. - La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Art. 2. - Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Art. 3. - On entend par massage toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Art. 4. - On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, correctrice ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.

Art. 5. - Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

a) Rééducation concernant un système ou un appareil :

- △ rééducation orthopédique ;
- △ rééducation neurologique ;
- △ rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur
- △ rééducation respiratoire ;
- △ rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article 8 ;
- △ rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

b) Rééducation concernant des séquelles :

- △ rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- △ rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- △ rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
- △ rééducation des brûlés ;
- △ rééducation cutanée ;

c) Rééducation d'une fonction particulière :

- △ rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
- △ rééducation de la déglutition ;
- △ rééducation des troubles de l'équilibre.

Art. 6. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à effectuer les bilans kinésithérapiques et évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Art. 7. - Pour la mise en oeuvre de traitements prescrits par le médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;

b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ;

c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;

d) Etirements musculo-tendineux ;

e) Mécanothérapie ;

f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;

g) Relaxation neuromusculaire ;

h) Electro-physiothérapie :

- △ applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito- moteur ;
- △ utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ;
- △ utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;

i) Autres techniques de physiothérapie :

- △ thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
- △ kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
- △ pressothérapie.

Art. 8. - Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en oeuvre manuelle ou électrique) ;
- b) A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- c) A participer à la rééducation respiratoire et à pratiquer les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé.

Art. 9. - Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- a) A prendre la pression artérielle et les pulsations ;
- b) Au cours d'une rééducation respiratoire :
 - à pratiquer les aspirations rhinopharyngées ;
 - à administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
 - à mettre en place une ventilation par masque ;
 - à mesurer le débit respiratoire maximum ;
- c) A prévenir les escarres ;
- d) A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- e) A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Art. 10. - En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions doit être remis au médecin dès son intervention.

Art. 11. - En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Art. 12. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Art. 13. - Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- b) La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Art. 14. - Le décret no 85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Art. 15. - Le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 octobre 1996.

Par le Premier ministre :
Alain Juppé

Le ministre du travail et des affaires sociales,
Jacques Barrot

Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,
Hervé Gaymard

Annexe 2 : Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

J.O n° 149 du 29 juin 2000 page 9767 texte n°

TEXTES GÉNÉRAUX
MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

NOR: MESP0021636D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4161-1, L. 4321-1, L. 4321-2 et L. 4381-2 ;
Vu le décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Art. 1er. - L'article 2 du décret du 8 octobre 1996 susvisé est modifié comme suit :

I. - Il est ajouté à la fin du premier alinéa la phrase suivante :

« Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

II. - Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

« Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

Art. 2. - L'article 6 du même décret est ainsi rédigé : « Art. 6. - Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance. »

Art. 3. - A l'article 7 du même décret, les mots : « Pour la mise en oeuvre des traitements

prescrits par le médecin » sont remplacés par les mots : « Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article 5 ».

Art. 4. - I. - A l'article 8 du même décret, le c est ainsi rédigé : « c) A participer à la rééducation respiratoire ». II. - Au b de l'article 9, après les mots : « à pratiquer les aspirations rhinopharyngées », sont ajoutés les mots : « et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ».

Art. 5. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 juin 2000.

Par le Premier ministre :
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry

La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés,
Dominique Gillot

Annexe 3 : Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire

J.O n°11 du 13 janvier 2006 page 532 texte n° 33

TEXTES GÉNÉRAUX
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS
Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire
NOR : SANS0620089A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4321-1 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine du 8 novembre 2005,

Arrêtent :

Art. 1er. – A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades ;
2. Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
3. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
4. Barrières de lits et cerceaux ;
5. Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur ;
6. Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois ;
7. Attelles souples de correction orthopédique de série ;
8. Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série ;
9. Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série ;
10. Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire ;
11. Collecteurs d'urines, étuis péniers, pessaires, urinal ; 12. Attelles souples de posture et ou de repos de série ; 13. Embouts de cannes ; 14. Talonnettes avec évidement et amortissantes ;
15. Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe ; 16. Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie.

Art. 2. – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 janvier 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités, XAVIER BERTRAND

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, PHILIPPE BAS

Annexe 4 : Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins

Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins.

Le ministre de la santé publique et de la population,
Vu l'article L. 372 du code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 21 décembre 1960, modifié par l'arrêté du 31 juillet 1961 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;
Sur proposition du directeur général de la santé publique,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Sont abrogés l'arrêté du 21 décembre 1960 et l'arrêté du 31 juillet 1961 le modifiant.

Art. 2. — Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1^{er}) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants :

- 1^o Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie.
- 2^o Le massage prostatique.
- 3^o Le massage gynécologique.
- 4^o Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction et limitée soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électro-coagulation et la diathermo-coagulation.
- 5^o Tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.
- 6^o Toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion du sang (rabotage, meulage, fraissage).
- 7^o Le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire.
- 8^o Le maniement des appareils servant à déterminer objectivement l'acuité auditive.

Art. 3. — Ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

- 1^o Les perfusions intraveineuses de sang, de plasma et de tout produit d'origine humaine, au niveau des membres seulement.
- 2^o Les elongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en jeu manuelle ou électrique).
- 3^o L'enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes après épreuves physiques sensibilisantes ou emploi de médicaments modificateurs.
- 4^o Les actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :
Des rayons infrarouges ;
Des rayons ultraviolets produits par les émetteurs « lampes de cabinet » visés à l'annexe du présent arrêté ;
Des ultrasons ;

Des courants de haute fréquence (et notamment : diathermie, ondes courtes) ;
De l'ionisation ;
Du courant continua (faradique et galvanique).

- 5^o L'emploi des rayons X.
- 6^o L'anesthésie générale.

Art. 4. — Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

- 1^o Prise de la tension artérielle.
- 2^o Pansements simples et complexes.
- 3^o Verrues, sinapismes, enveloppements.
- 4^o Bains thérapeutiques simples ou médicamenteux, douches médicales.
- 5^o Pulvérisations de substances médicamenteuses par appareils pulvérisateurs à vapeur.
- 6^o Injections sous-cutanées, intradermiques, intramusculaires.
- 7^o Injections et perfusions intraveineuses, au niveau des membres seulement et à l'exclusion des perfusions de sang de plasma sanguin et de tout produit d'origine humaine visés à l'article 3 du présent arrêté.
- 8^o Prises de sang veineux au niveau des membres seulement.
- 9^o Autohémothérapie.
- 10^o Tubage gastrique (le premier tubage devant être fait en présence du médecin).
- 11^o Sondage urétral (le premier sondage devant être fait en présence du médecin).
- 12^o Sondage vésical et lavage vésical (le premier sondage devant être fait en présence du médecin).
- 13^o Injections vaginales simples.
- 14^o Lavements simples ou médicamenteux.
- 15^o Aérosols (à la condition que la solution administrée soit prescrite par le médecin sur ordonnance sur laquelle doivent figurer et la dose d'aérosols à utiliser chaque fois et la durée des séances et leur nombre).
- 16^o Oxygénothérapie sous tente ou avec masque.
- 17^o Enregistrements simples d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes (à l'exclusion des enregistrements visés à l'article 3 du présent arrêté).
- 18^o Actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :
Des rayons ultraviolets, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté, pour les émetteurs dits « lampes de prescription » visés à l'annexe du présent arrêté ;
Des rayons infrarouges à ondes longues ou courts par résistance visible au lampe, le malade exposé pouvant s'éloigner à volonté, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté ;
Des courants de moyenne et basse fréquence.
- 19^o Massages simples, massages avec application de rayons infrarouges dans les conditions du présent article.
- 20^o Mobilisation manuelle des segments de membres (à l'exclusion des manœuvres de force).
- 21^o Mécanothérapie.
- 22^o Gymnastique médicale, postures.
- 23^o Rééducation fonctionnelle.
- 24^o Rééducation orthoptique.
- 25^o Rééducation de la parole et du langage.
- 26^o Audiométrie subjective tonale et vocale (prise d'un audiogramme), à l'exclusion de l'audiométrie prothétique (faite dans un but de sélection et de contrôle des appareils de prothèse auditive) dont l'usage est libre de prescription médicale.

Art. 5. — Peuvent être exécutés par les directeurs de laboratoires d'analyses médicales qui sont titulaires du diplôme d'Etat de pharmacien ou de vétérinaire, ou qui sont bénéficiaires de l'autorisation prévue à l'article L. 377 du code de la santé publique, uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, et exclusivement en vue des analyses qui leur sont confiées, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :

- Prélevement de sang veineux au lobe de l'oreille ;
- Prélevement de sang veineux à la pulpe des doigts ;
- Prélevement de sang veineux au pli du coude.

Les directeurs de laboratoires d'analyses médicales visés à l'article précédent doivent justifier de la possession d'un certificat de capacité délivré dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la santé publique et de la population.

Art. 6. — Le directeur général de la santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 6 janvier 1962.

ROBERT FORTYNET.

***Annexe 5 : Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962
fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des
médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires
médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales
non médecins***

JORF n°53 du 3 mars 2000 page 3378 texte n° 11

Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins

NOR: MESP0020654A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Vu l'article L. 372 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 6 janvier 1962, modifié par les arrêtés des 3 et 6 juin 1966, 1er juin 1970, 27 décembre 1972 et 2 mai 1973, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Arrêtent :

Art. 1er. - A l'article 4 de l'arrêté du 6 janvier 1962 susvisé, les mots : « qualitative et quantitative » sont supprimés.

Art. 2. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 février 2000.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

La secrétaire d'Etat à la santé

et à l'action sociale,

Dominique Gillot

Annexe 6 : Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60 - 451 du 12-05-1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

1. Lettre-clé La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux. Selon le type de l'acte les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

.../...

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute.

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.

.../...

2. Coefficient. Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 3. - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature. Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le médecin doit indiquer sur la feuille de

soins :

1. La lettre-clé prévue à l' article précédent selon le type de l' acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - Remboursement par assimilation

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l' article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation.

Remarque : Cet article a été abrogé pour les médecins par l'article III-4 Alinéa A2 de la décision de l'UNCAM du 11 mars 2005. Il reste donc à priori valable pour les autres professionnels.

Article 5. - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) Les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) Les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Remarque : L'article 5c parle "d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative". Or, depuis l'arrêté du 22 février 2000 (JO du 3 mars 2000), la notion de prescription qualitative et quantitative a été supprimée pour les masso-kinésithérapie. Si cela n'est pas directement notifié

à l'article 5C, cette notion a été prise en compte dans le préambule du Titre XIV.

Article 6. - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 7. - Entente préalable [modifié par décret n° 2001 - 492 du 06-06-2001 (JO du 10-06-2001) et décret n° 2001 - 532 du 20-06-2001 (JO du 22-06-2001)]

La caisse d'assurance maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. - Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

1. Les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
2. Les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'entente préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre E.

B. - Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte. Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance. Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale. Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la Caisse (notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail), la demande d'entente préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.

C. - La date d'envoi de la demande d'entente préalable est attestée par le timbre date de la poste. La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le 15^e jour suivant la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation. Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du

traitement ou la poursuite des actes. Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises. Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

D. - Lorsque la demande d'entente préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la Caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande.

Article 11. - Actes multiples au cours de la même séance

B) Actes en K, KC, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance.

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient. Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre. Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués (1).

(1) Exemple. - Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée : K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes. Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1° et 2° ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes;

b) à l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre I article 1. ;

c) en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.

d) Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

Remarque : Depuis la modification de la NGAP du 4/10/2000, l'article 11B ne concerne plus les masso-kinésithérapie (la lettre-clé a été retirée du titre de l'article). Néanmoins, il y est toujours fait référence au Titre XIV - Chapitre II - Article 5 dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Remarque : Cet article a été modifié par l'article III-4 Alinéa A4 de la décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 :

Article 13. - Frais de déplacement :

La mention : « lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature » est remplacée par : « lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature ou au livre II de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n° 1 du 11 mars 2005 portant liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ».

Important : l'UNCAM fait donc bien la distinction entre les actes inscrits à la nomenclature (NGAP) et ceux portant liste des actes et prestations remboursables mentionnée au livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (CCAM) évoquée à l'article I-2 de la décision UNCAM du 11 mars 2005.

Au C. - La mention : « pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO » est remplacée par : « pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP, et AMO de la présente liste ou les actes équivalents, inscrits au livre II précité ».

L'arrêté du 30-09-2002 paru au JO du 02-10-2002, a modifié l'article 13 en se basant sur la rédaction antérieure aux mesures négociées par voie conventionnelle en 1984. La version de cet article, conforme à l'arrêté du 30-09-2002 n'intègre plus les modifications conventionnelles approuvées par arrêté interministériel du 13-07-1984, publié au JO du 24-07-1984, mais qui n'ont jamais fait l'objet d'un arrêté ministériel modificatif de la NGAP. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature ou au livre II de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n° 1 du 11 mars 2005 portant liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont remboursés, en sus de la valeur propre de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le praticien.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin omnipraticien ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sagefemme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2. Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin omnipraticien et désignée par la lettre clé V.

.../...

C) Indemnité horokilométrique (IK) Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement

sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2. Pour les visites réalisées par les médecins omnipraticiens, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur propre de l'acte; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO de la présente liste ou les actes équivalents, inscrits au livre II précité, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après:

1° L'indemnité due au praticien est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne. Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes. En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au praticien de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade. Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin omnipraticien ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

Article 13.1. - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par la loi n° 75 - 535 du 30-06-1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Remarque : La loi 75-535 du 30/06/1975 inscrit son article 3 dans le Code de l'Action Sociale et des Familles par l'article L312-1 dont nous reproduisons le premier paragraphe :

I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'article L. 222-

5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Article 14. - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

.../...

B) Actes effectués par les auxiliaires médicaux (et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers). La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres-clés prévues à l'article 2. Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne. La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 16. - Visite unique pour plusieurs malades

Consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite. Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Article 21. - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement

La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80. Les dispositions relatives à la lettre-clé Amasso-kinésithérapie s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 162.32 du Code de la Sécurité Sociale.

Remarque : Cet article ne devrait plus exister car l'AMC a, depuis l'avenant du 8/11/2001, une valeur propre, non dépendante de l'Amasso-kinésithérapie. Cette erreur a été signalée à l'Assurance Maladie qui n'a, à ce jour, rien modifié. Elle considère simplement que l'application de cet article a été suspendue par décision ministérielle du 17/10/1991.

DEUXIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX N'UTILISANT PAS LES RADIATIONS IONISANTES

TITRE XIV. - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre réalisés pour des situations de rééducation figurant au Chapitre V du présent titre sont soumis à la formalité de l'accord préalable selon deux modalités :

a) pour les rééducations figurant au a) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.

b) pour les rééducations figurant au b) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions Générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manoeuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause (1).

(1) Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC

Section 1. - ACTES ISOLÉS

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :

- pour un membre 5
- pour deux membres ou un membre et le tronc 8
- pour tout le corps 10

Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment :

- l'essentiel des déformations constatées ;
- le degré de liberté de ses articulations avec mesures ;
- éventuellement, la dimension des segments des membres, etc.

Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.

Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :

- pour un membre 5
- pour deux membres 10
- pour tout le corps 20

Section 2. - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique.

a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...)
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b) Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;

- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi de la fiche synthétique du bilan diagnostique au médecin prescripteur.

Les éléments relatifs au bilan-diagnostic kinésithérapique initial (évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances) sont tenus à la disposition du service du contrôle médical à sa demande.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à dix séances ou lorsqu'une prolongation du traitement s'avère nécessaire.

Dans ce cas, cette fiche synthétique intermédiaire comporte les motifs et les modalités de la proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. A tout moment, au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

Les fiches synthétiques du bilan-diagnostic kinésithérapique sont tenues à la disposition du service du contrôle médical à sa demande.

C'est [l'avis relatif à l'avenant n° 1 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes](#) qui a modifié la section 2.2. Elle était précédemment écrite comme suit l :

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'entente préalable.

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'entente préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du

patient et du service médical à sa demande.

REMARQUE : La NGAP est aujourd'hui complétée par le Décret n° 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique paru au JO du 2 août 2009 qui a modifié l'article R4321-2 du CSP comme suit :

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique.

La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous 8,1

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires 10,1

CHAPITRE II. - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Article premier. - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre clé AMS)

Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre) 7,5 E

Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres 9,5 E

Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage:

- amputation de tout ou partie d'un membre 7,5 E

- amputation de tout ou partie de plusieurs membres 9,5 E

Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des

ceintures.

Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculaire n'entraînant pas de déficit moteur) 7,5 E

Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis 7,5 E

Article 2. - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires

Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)

- atteinte localisée à un membre ou le tronc 7 E

- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres 9 E

Article 3. - Rééducation de la paroi abdominale

Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire 7 E

Rééducation abdominale du post-partum 7 E

Article 4. - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires

- atteintes localisées à un membre ou à la face 8 E

- atteintes intéressant plusieurs membres 10 E

Rééducation de l'hémiplégie 9 E

Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie 11 E

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie - localisation des déficiences à un membre et sa racine 8 E - localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face 10 E

Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.

Rééducation des malades atteints de myopathie 11 E

Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile 11 E

Article 5. - Rééducation des conséquences des affections respiratoires

Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique, poussée aiguë au cours d'une mucoviscidose) 8 E

Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique. Par dérogation aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes.

Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) 8 E

Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire 8 E

Article 6. - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques

Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale 7 E

Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre 7 E

Rééducation des troubles de la déglutition isolés 7 E

Article 7. - Rééducation des conséquences des affections vasculaires

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques) 7 E

Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques 7 E

Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel:

-pour un membre ou pour le cou et la face 7 E

- pour deux membres 9 E

Supplément pour bandage multicouche :

- un membre 1 E

- deux membres 2 E

Article 8. - Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes (modifiée par décision UNCAM du 27/04/06 pour les masseurs- kinésithérapeutes, du 04/07/06 pour les médecins et du 20/12/11 pour les sages-femmes)

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback 8 E

Article 9. - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé 8 E

Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) 6 E Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en oeuvre de la rééducation précédente.

Article 10. - Rééducation des patients atteints de brûlures

Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.

Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre 7 E

Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc 9 E

Article 11. - Soins palliatifs

Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions 12 E

Article 12. - Manipulations vertébrales

Remarque : L'article 12 a été abrogé par l'article III-4 de la décision de l'UNCAM du 18 juillet 2005.

Au titre XIV. – Actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles, au chapitre II. – Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

.../...

L'article 12. Manipulations vertébrales est abrogé.

Nous vous en rappelons néanmoins le texte initial pour mémoire :

La séance, avec un maximum de trois séances 7 E

CHAPITRE III. - MODALITÉS PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT

Article premier: - Traitements de groupe

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance. Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

Article 2. - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

CHAPITRE IV. - DIVERS

Kinébalnéothérapie.

Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément

- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m) 1,2 E

- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m) 2,2 E

CHAPITRE V. - RÉÉDUCTIONS SOUMISES À RÉFÉRENTIEL

a) Situations médicales ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation ; dans ce cas un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement :

– rééducation après libération du nerf médian au canal carpien ;

b) Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel défini :

REEDUCATION	TRAITEMENT HABITUEL	NECESSITE D'UN ACCORD PREALABLE
Après entorse externe récente de cheville-pied	De 1 à 10 séances	A partir de la 11 ^e séance
Après arthroplastie du genou par prothèse totale	De 1 à 25 séances	A partir de la 26 ^e séance
Après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	De 1 à 40 séances	A partir de la 41 ^e séance
Après arthroplastie de hanche par prothèse totale	De 1 à 15 séances	A partir de la 16 ^e séance

Remarque : ce chapitre V a été ajouté suite à la Décision du 16 mars 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

TITRE XV. - ACTES DIVERS

CHAPITRE V. - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES

Article 2. – Électrothérapie

Ces actes sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

- 1° Courants galvaniques, faradiques ou excitomoteurs, ultrasons, diathermie, ondes courtes
 - en application de surface par séance d'une durée de 20 minutes comportant la mise en place d'électrodes fixes de surface au niveau de la peau 3 E
 - en application intracavitaire 4 E
 2° Courants excitomoteurs par électrode mobile ou courants progressifs 5 E

Remarque : Le Chapitre V du Titre XV (concernant entre autres les masso-kinésithérapie) a été abrogé par l'article III-4 Alinéa B13 de la décision de l'UNCAM du 11 mars 2005.

Les chapitres Iers. – Actes d'urgence, II. – Réanimation continue, III. – Hyperbarie thérapeutique et V. – Actes utilisant les agents physiques du titre XV. – Actes divers sont abrogés.

Annexe 7 : Formulaire n° 12040*02 de Demande d'Accord Préalable



n° 50556#03

demande d'accord préalable assurances maladie, maternité ou accident du travail/maladie professionnelle

notice

Cette demande concerne tous les actes et prestations visés à l'art. L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

La présente demande doit être établie dans le respect de la liste des actes et des prestations et des dispositions s'y rapportant.

Les actes ou traitements de la liste des actes et des prestations soumis à l'obligation de l'accord préalable sont repérables par les lettres AP (pour les actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM) ou par la lettre E (pour les actes inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels - NGAP).

En outre, lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, celle-ci est subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical.

En cas d'urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention "acte d'urgence".

CAS PARTICULIERS :

- pour les actes réalisés en série dans des situations médicales déterminées, une demande d'accord préalable est nécessaire quand l'état de santé du patient requiert la poursuite du traitement au-delà du nombre d'actes fixé par décision de l'Uncam et publiée au Journal Officiel (*la liste des actes réalisés en série soumis à cette procédure particulière est consultable sur le site : "www.ameli.fr"*);
- pour les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, une demande d'accord préalable est nécessaire quand l'état du patient requiert plus de trente séances sur une période de douze mois ou lorsque la prescription porte au-delà de trente le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes.

Le praticien qui dispense les actes (médecin, sage femme, auxiliaire médical(e)) doit préalablement à leur exécution :

- 1 - compléter le volet A de cet imprimé, sans oublier d'indiquer le numéro d'immatriculation du patient ou de la victime, le nom ou le numéro de son centre de paiement ou de sa section mutualiste et, pour l'assuré(e) non salarié(e), le nom ou le numéro de son organisme conventionné (se reporter à l'attestation papier de la carte Vitale);
- 2 - compléter sur le volet B la rubrique "partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil",
- 3 - envoyer immédiatement au moyen de l'enveloppe bleue intitulée "M. le Médecin Conseil" les deux volets de la présente demande au médecin conseil de la :
 - caisse d'assurance maladie pour les assuré(e)s salarié(e)s relevant du régime général ou d'un régime particulier ou spécial de sécurité sociale,
 - caisse de mutualité sociale agricole pour les exploitants et les salarié(e)s agricoles,
 - caisse du régime social des indépendants pour les assuré(e)s non salarié(e)s non agricoles.*(Uniquement pour les assurances maladie et maternité, le risque accident du travail/maladie professionnelle n'étant pas couvert par le RSI)*

MODALITES DE REPONSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

LA NON RÉPONSE DE L'ORGANISME DANS LE DÉLAI DE 15 JOURS, À COMPTER DE LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE, ÉQUIVAUT À UN ACCORD.⁽¹⁾

(1) Le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale)

NOTICE DIAD S3108d



n° 12040*02
DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

VOLET A
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)

personne recevant les soins

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(ve))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(ve))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

--

actes devant être dispensés

(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)

actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale

conditions de prise en charge des actes

date de la prescription médicale

acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui non

acte urgent : oui non

maladie acte en rapport avec une ALD : oui non

maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

accident du travail ou maladie professionnelle date

identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)

nom et prénom

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

avis du médecin conseil

accord convocation éventuelle refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :

DIAD S3108d

Découpe



n° 12040*02
DIAD

demande d'accord préalable

assurances maladie, maternité ou
accident du travail/maladie professionnelle

VOLET B
à adresser et à conserver
au service médical

date de réception :

Liste des actes et des prestations visés à l'art L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale, art. L.315-2, L.442-5 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale
(les 2 volets sont à compléter et à envoyer par le praticien au service médical - voir notice)

personne recevant les soins et assuré(e)	
personne recevant les soins	
nom et prénom	
<i>(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
numéro d'immatriculation	nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	
assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))	
nom et prénom	
<i>(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	
numéro d'immatriculation	
adresse de l'assuré(e)	
actes devant être dispensés	
<i>(indiquer, ci-après, le code de l'acte ou la lettre-clé et son coefficient ainsi que le nombre de séances)</i>	
actes réalisés en série, au-delà du seuil fixé par décision de l'Uncam, en raison de la situation médicale <input type="checkbox"/>	
conditions de prise en charge des actes	
date de la prescription médicale	
acte nécessitant d'être réalisé à domicile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	acte urgent : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
maladie <input type="checkbox"/> acte en rapport avec une ALD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
maternité <input type="checkbox"/> date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	
accident du travail ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> date	
identification du praticien dispensant les actes et de la structure dans laquelle il exerce	
nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINISS ou BIRET)</i>
date	signature
identification du prescripteur (à compléter lorsque la demande est établie par un(e) auxiliaire médical(e) - joindre la prescription ou sa copie)	
nom et prénom	raison sociale
identifiant	adresse
	n° structure <i>(AM, FINISS ou BIRET)</i>
avis du médecin conseil	
accord <input type="checkbox"/> convocation éventuelle <input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/>	- d'ordre médical <input type="checkbox"/>
date	- d'ordre administratif <input type="checkbox"/> - motif :
IMPORTANT	
le praticien dispensant l'acte doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant l'acte ou la série d'actes	
partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil	

(Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale) DIAD S3108d

Annexe 8 : Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS avril 2011

RÉÉDUCATION

Avril
2011

Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS*

Pour 8 situations de rééducation, il n'est dorénavant plus nécessaire d'établir une demande d'accord préalable en dessous d'un **seuil** de référence.

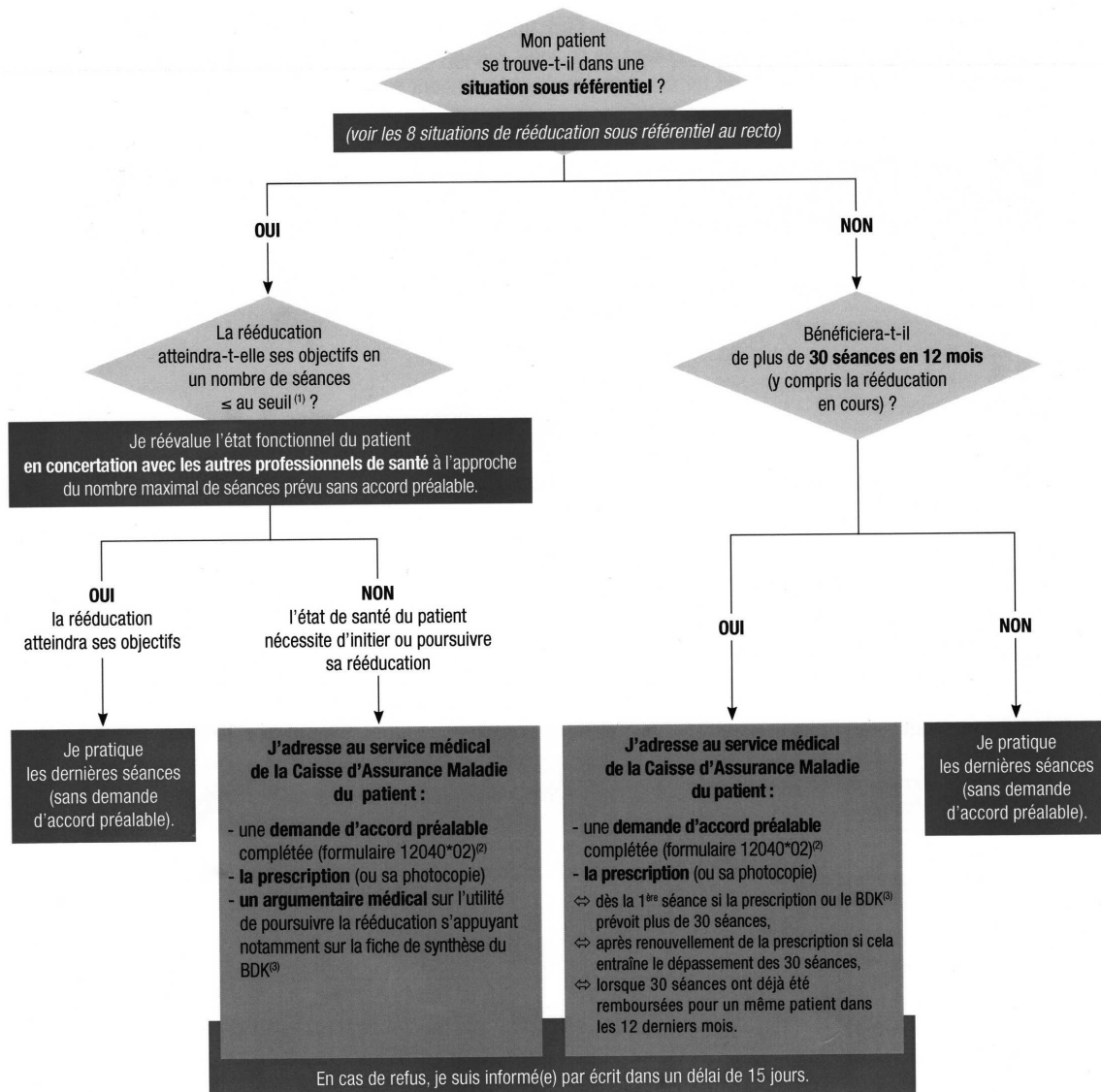
Dans la plupart des cas, la rééducation atteint ses objectifs avant le seuil défini. Toutefois, si l'état de votre patient nécessite la poursuite de soins au-delà de ce seuil, il vous revient d'établir une **demande d'accord préalable**. Elle reste nécessaire au remboursement de votre patient par l'Assurance Maladie pour toute séance au-delà du seuil.

	Situation de rééducation sous référentiel	Séances SANS accord préalable	Séances AVEC accord préalable (au-delà du seuil)
Tronc	Rachis : 1. Lombalgies communes	- de 1 à 15 séances pour une série d'actes - de 1 à 30 séances sur 12 mois	- à partir de la 16 ^{ème} séance pour une série d'actes - à partir de la 31 ^{ème} séance sur 12 mois
Membre supérieur	Épaule : 2. Chirurgie de la rupture de la coiffe des rotateurs	de 1 à 50 séances	à partir de la 51 ^{ème} séance
	Poignet : 3. Libération du nerf médian au canal carpien	aucune	dès la première séance
Membre inférieur	Hanche : 4. Arthroplastie par prothèse totale	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
	Genou : 5. Arthroplastie par prothèse totale ou partielle	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
	6. Reconstruction du ligament croisé	de 1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance
	7. Ménisectomie isolée par arthroscopie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
	Cheville : 8. Entorse externe récente	de 1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance

* www.has-santé.fr

Situations de rééducation sous référentiel avant demande d'accord préalable après avis de la HAS

Quand établir une demande d'accord préalable ?



(1) Il s'agit du seuil de référence fixé dans la nomenclature générale des actes professionnels – voir tableau au recto.

(2) consultable en ligne, sur ameli.fr.

(3) bilan-diagnostic Kinésithérapique

**Annexe 9 : Décret no 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan
kinésithérapique**

J.O n°0177 du 2 août 2009 page 12915 texte n° 13

TEXTES GÉNÉRAUX
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Décret no 2009-955 du 29 juillet 2009 relatif au bilan kinésithérapique

NOR : SASH0911808D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4161-1 et L. 4321-1 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 23 janvier 2009 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 1er avril 2009 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Art. 1er. – Le dernier alinéa de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

« Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.

« Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement. »

Art. 2. – La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 29 juillet 2009.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

FRANÇOIS FILLON

Annexe 10 : Enquête auprès des médecins généralistes de l'île de la Réunion

« La pratique de prescription de masso-kinésithérapie en médecine générale à la Réunion »

I - LES MODALITES D'EXERCICE

1. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine libérale ?

- Strictement moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans (10 ans exclus)
- entre 10 et 20 ans (20 ans exclus)
- entre 20 et 30 ans (30 ans exclus)
- plus de 30 ans

2. Quel est votre type d'exercice principal ?

- allopathie
- acupuncture
- homéopathie
- médecine manuelle (ostéopathie, fasciathérapie ...)

3. Etes-vous diplômé(e) de formations (DIU, DU, Capacité) en rapport avec la masso-kinésithérapie ?

- oui
- non

4. Si oui, la ou lesquelles ?

5. Y a-t-il des masseur-kinésithérapeutes à proximité de votre cabinet (moins de 10 mètres) ?

- Oui
- non

II - LES CONNAISSANCES DE LA MASSO-KINESITHERAPIE

1. Avez-vous déjà visité, en tant que professionnel de santé, un cabinet de masso-kinésithérapie ?

- oui
- non

2. Avez-vous connaissance de la masso-kinésithérapie (techniques, actes...) ? Si oui, de quelle façon ? *plusieurs réponses sont possibles*

- par formation (DIU, DU...)
- par stages hospitaliers
- par lecture de revues médicales ou de kinésithérapie
- par curiosité en allant demander à un masseur kinésithérapeute
- par l'entourage (famille ou ami travaillant dans le domaine)
- en tant que patient
- je n'ai pas de connaissance dans le domaine de la masso-kinésithérapie
- Autre :

3. Estimez-vous que vos connaissances concernant la prescription de masso-kinésithérapie soient suffisantes ?

	Oui	Non
Règles de prescription		
Indications de la masso-kinésithérapie		
Actes remboursés par la CPAM		
Techniques utilisées par la masso-kinésithérapie dans leurs généralités		
Echelles d'évaluations référencées		

4. Quelles échelles d'évaluations ou tests référencés utilisés en masso-kinésithérapie connaissez-vous ? *Plusieurs réponses sont possibles*

- échelle DRAD : Douleur du Rachis Autoquestionnaire de Dallas
- questionnaire EIFEL (Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies) pour évaluer la douleur dans les lombalgies aiguës
- échelle d'Oswestry dans la lombalgie commune
- indice algofonctionnel de Lequesne pour la coxarthrose ou gonarthrose
- EVA (échelle visuelle analogique) pour évaluer la douleur
- les tests de conflit acromial et de tendinopathie de la coiffe (Hawkins, Yocum, Neer, Cross-Arm)
- test de Tinetti (pour évaluer l'équilibre et la marche du sujet âgé)
- Timed get up and go test (pour évaluer l'équilibre et la marche chez le sujet âgé)
- QIF : questionnaire de mesure d'impact de la fibromyalgie
- échelle UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)
- indice algofonctionnel de Dreiser pour l'arthrose de la main
- échelle d'évaluation des Activités de la Vie Quotidiennes (AVQ)
- aucune
- autres :

5. Quels seraient vos souhaits concernant la formation en masso-kinésithérapie ?

plusieurs réponses sont possibles

- qu'elle soit abordée lors de la formation initiale (faculté)
- qu'elle soit abordée lors de formations médicales continues
- que les masseurs kinésithérapeutes interviennent dans la formation

6. Quelle information souhaiteriez-vous connaître sur la masso-kinésithérapie ?

- les indications de masso-kinésithérapie
- les techniques de masso-kinésithérapie
- les règles de prescription de la masso-kinésithérapie
- les méthodes d'évaluation de l'efficacité de la masso-kinésithérapie
- aucune

7. De quand date votre dernière formation dans la prescription de masso-kinésithérapie ?

- je n'en ai jamais faite
- l'an dernier
- de 1 à 5 ans
- plus de 5 ans

III - LA PRESCRIPTION

1. Combien de prescriptions de masso-kinésithérapie avez-vous réalisé la semaine dernière ?

- aucune
- de 1 à 5
- plus de 5

2. Quelle utilisation avez-vous de la masso-kinésithérapie ?

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
acte thérapeutique					
acte permettant de tester l'effet de la masso-kinésithérapie sur une pathologie mal définie par le médecin					
acte aidant à une impasse thérapeutique					
acte pour réduire la prise médicamenteuse					

3. Qu'indiquez-vous sur l'ordonnance de vos prescriptions de masso-kinésithérapie ?

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
le nombre de séances (ou la durée de la prescription)					
le rythme des séances					
le diagnostic					
la région corporelle à traiter (articulation, muscle)					
le type de kinésithérapie (rééducation, massage, bilan ostéo-articulaire...)					
les objectifs thérapeutiques attendus					
S'il y a lieu : urgence					
S'il y a lieu : le lieu (domicile, cabinet)					
S'il y a lieu : transport médicalisé (ambulance ou VSL)					
S'il y a lieu : accident du travail ou affection longue durée					
S'il y a lieu : les contre-indications (mobilisation, appui...)					
S'il y a lieu : les précautions d'emploi (tares associées)					

4. Joignez-vous un courrier d'accompagnement à votre ordonnance de masso-kinésithérapie ?

- toujours
- souvent
- de temps en temps
- rarement
- jamais

5. Avez-vous un logiciel d'aide à la prescription ?

- oui
- non

6. Si oui, comment réalisez-vous, le plus souvent, vos prescriptions de masso-kinésithérapie ?

- à l'aide de mon logiciel d'aide à la prescription SANS en modifier le contenu
- à l'aide de mon logiciel d'aide à la prescription en modifiant le contenu
- je n'utilise pas mon logiciel d'aide à la prescription et réalise une prescription personnalisée

7. Pour quelles pathologies prescrivez-vous la masso-kinésithérapie ?

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
Traumatologie (après interventions chirurgicale, accidents sportifs)					
Neurologie (Parkinson, hémiplégie, SEP, myopathie, rééducation de l'équilibre)					
Rhumatologie (douleurs vertébrales, rhumatismes, arthrose)					
Gérontologie (pathologie du vieillissement)					
Pédiatrie et orthopédie infantile (malformations congénitales, bronchiolite, asthme)					
Pneumologie (bronchite chronique, réhabilitation respiratoire, suites opératoires pulmonaire et cardiaque)					
Cardiovasculaire (après infarctus, artérite, drainage veino-lymphatique)					
Uro-gynécologie/Obstétrique (rééducation postnatale, périnéale, incontinence)					
Forme/Bien être (massage,					

gymnastique hygiénique et préventive)					
Préventive (école du dos, cardio-vasculaire, trouble musculo-squelettiques)					
Brûlologie					

8. Lorsqu'il faut prescrire un renouvellement de masso-kinésithérapie, est-ce ?

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
à la demande du patient					
à la demande du masseur-kinésithérapeute par l'intermédiaire du patient					
à la demande du masseur-kinésithérapeute par l'intermédiaire d'un appel téléphonique					
à la demande du masseur-kinésithérapeute par l'intermédiaire d'un courrier					
selon votre jugement					

9. Quel est votre ressenti le plus fréquent face à une demande de renouvellement par le masseur kinésithérapeute ? Une seule réponse possible

- lorsque le renouvellement est motivé par une fiche de synthèse fournie par le masseur-kinésithérapeute, je prescris le renouvellement sans souci
- je prescris le renouvellement après avoir pris connaissance auprès du masseur-kinésithérapeute (par téléphone) de l'évolution de l'état du patient
- je prescris le renouvellement sans demander d'informations supplémentaires
- je suis réticent(e)

10. Évaluez-vous cliniquement votre patient après la réalisation des séances de masso-kinésithérapie ?

- Toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

11. Si oui, comment jugez-vous de son efficacité ? *plusieurs réponses sont possibles*

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
par l'assiduité du patient dans cette prise en charge					
par la satisfaction du patient					
par l'examen clinique					
par des échelles d'évaluations référencées					
par correspondance directe avec le masseur kinésithérapeute					
par les fiches de synthèse fournies par le masseur kinésithérapeute					

IV - LA RELATION AVEC LE MASSEUR KINESITHERAPEUTE

1. Adressez-vous vos patients à un/des masseurs kinésithérapeutes en particulier ?

- oui
- non, je n'adresse pas mes patients, ils choisissent eux-mêmes leur masseur kinésithérapeute
- non, je n'adresse pas mes patients car je ne connais pas les masseurs kinésithérapeutes de mon secteur

2. Si vous adressez vos patients, auprès de quels masseurs kinésithérapeutes ?

Plusieurs réponses sont possibles

- auprès de ceux dont je connais le professionnalisme
- auprès de ceux qui utilisent une technique de soins particulière que j'ai prescrite
- auprès de ceux rapidement disponibles pour le patient

3. Que vous apporte votre relation avec le/les masseurs kinésithérapeutes ? *plusieurs réponses sont possibles*

- une plus grande disponibilité pour le patient
- un échange professionnel entre le masseur kinésithérapeute et moi-même
- une régularité des bilans (diagnostic, de synthèse)
- une meilleure qualité des bilans (diagnostic, de synthèse)

- je n'ai pas de relation professionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes
- Autre :

4. Recevez-vous les fiches bilan (ou appelées fiches de synthèse) (initiale, intermédiaire ou finale) des masseurs kinésithérapeutes ?

- Toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

5. Si vous les recevez, ces informations ont-elles un intérêt pour vous ?

- oui certainement
- oui probablement
- non pas vraiment
- non pas du tout

6. Seriez-vous favorable à une plus grande autonomie des masseurs kinésithérapeutes ?

	Complètement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
pour une première prescription				
pour un renouvellement de prescription				

7. Quels axes d'amélioration vous paraissent prioritaires dans la relation médecin généraliste et masseur kinésithérapeute ? * *question ouverte*

Annexe 11 : Recommandations pour la pratique clinique de l'HAS en rapport avec la masso-kinésithérapie

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation – mars 2006. ⤴ Référentiels – juillet 2009 - concernant la rééducation après : <ul style="list-style-type: none"> – arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche ; – arthroplastie du genou par prothèse totale du genou ; – chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs. ⤴ Référentiels – avril 2009- concernant la rééducation après: <ul style="list-style-type: none"> – reconstruction du ligament croisé antérieur du genou ; – libération du médian du canal carpien ; – entorses cheville-pied.
DOSSIER DU PATIENT	Le dossier du patient en masso-kinésithérapie ; ANAES 2000
GERIATRIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées - avril 2009. ⤴ Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile – avril 2005. ⤴ Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - novembre 2005.
NEUROLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux – juin 2002. ⤴ Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge paramédicale dans une unité de soins – juin 2005 ⤴ Modalités, indications, limites de la rééducation dans les pathologies neuromusculaires non acquises – novembre 2001.
ORTHOPEDIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Entorse externe de cheville – janvier 2000. ⤴ Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte – mars 2008. ⤴ Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties de l'épaule – janvier 2008. ⤴ Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte – avril 2005

	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou – janvier 2008. ⤴ Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou – janvier 2008. ⤴ Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte – janvier 2008. ⤴ Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie – janvier 2004.
PNEUMOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ ALD n° 14 - Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) – juillet 2006. ⤴ Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson – septembre 2000. ⤴ ALD n° 30 - Guide médecin sur le cancer des voies aéro-digestives supérieures – novembre 2009. ⤴ Le réentraînement à l'exercice sur machine – avril 2007.
RHUMATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash – mai 2003. ⤴ Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte – avril 2005. ⤴ Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie – avril 2001. ⤴ Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – décembre 2000. ⤴ Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels - mars 2007 ⤴ Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites - décembre 2008 ⤴ Spondylarthrite grave (ALD N°27) – décembre 2008.
URO-GYNECOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques – février 2000. ⤴ Rééducation dans le cadre du post-partum – décembre 2002
AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Bas, bandes et manchons de compression : de l'indication à la prescription – avril 2011. ⤴ Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – novembre 2001.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et revues littéraires consultés

- [1] R.REMONDIERE, **Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie** -, édité par la revue Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 26-005-A-20, 2008, 15 p.
- [2] Emile LITTRE, membre de l'Institut (Académie des Institutions et des Belles Lettres) et de la Société d'Histoire Naturelle de Halle, -, **Introduction et commentaires médicaux sur tous les livres hippocratiques** -, édité par la Société Encyclographique des Sciences Médicales, Bruxelles, 1842, 175 p. Disponible sur googlebooks.
- [3] B. LEBLEU, - **L'éducation physique selon Hippocrate et Galien** -, Encyclopédie de l'Agora, www.agora.qc.ca.
- [4] Jacques ULMANN, agrégé de philosophie, docteur ès lettres, - **De la gymnastique aux sports moderne : histoire des doctrines de l'éducation physique** -, édité par Vrin, Paris, 1977, 507 p. Disponible sur googlebooks.
- [5] J.L. COMON, - **La profession des masseurs kinésithérapeutes de la nuit des temps à nos jours** -, Cahiers de Kinésithérapie, 1996.
- [6] JM. WIROTIUS, - **Histoire de la rééducation** -, Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, 26-005-A-10, 1999, 25p.
- [7] Jacques MONET, - **Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle** -, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université de Paris I - Panthéon Sorbonne, 2003. Disponible sur le site de la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé de Paris www.bium.univ-paris5.fr.
- [8] J. MONET, - Naissance de la kinésithérapie et la physiothérapie. L'émergence des instituts de rééducation (1880-1915) -, Journal de Réadaptation Médicale, 2012, volume 30, n°4, pages 167-176.
- [9] R.REMONDIERE, - **La question de la kinésithérapie en 1946** -, édité par La Revue du Praticien, 2003, n°53, pages 355-358.
- [10] F. GOUGEON, A. POIRIER, J. VAILLANT - **Histoire de la profession** -, Guide de l'ordre de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes 2011, pages 32-47, www.ordremk.fr.

[11] Pr M. REVEL, Dr A. PAPELARD - « **Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie** » - La Revue du Praticien - Médecine Générale, 2009, volume 59.

[12] « **Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie** » - item n°53 de l'ENC proposé par le Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et Réadaptation (COFEMER), www.cofemer.fr.

[13] Dr M. BARET, - « **Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie** » -, item n°53 de l'ENC proposé par la Conférence Hippocrate, www.laconférencehippocrate.com.

[14] Y. XHARDEZ, - **Vade-mecum de Kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle** -, Edition Maloine, 6^{ème} édition, 2010, 1392 p.

[15] Pr A. DUROCHER, M. GEDDA, - « **Le dossier du patient en masso-kinésithérapie** » -, Service de recommandations et références professionnelles, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), mars 2000.

[16] G.RODE, P. VOLCKMANN, - **Handicap, médecine physique et réadaptation, guide Pratique** -, Ed Xavier Montauban, 2003, 240 p.

[17] « **Dossier Statistiques : Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion au 1^{er} Janvier 2012** », dossier rédigé par le Service Etudes et Statistiques de la Direction de la Stratégie et de la Performance de l'Agence Régionale de Santé Océan Indien, le 6 juillet 2012. Disponible sur : www.ars.ocean-indien.sante.fr.

[18] Dr F. GUILLOU, Dr P. LE PLAT, Dr V. FOUCQUES DUPARC - « **L'ordonnance de kinésithérapie est désormais simplifiée** » - La Revue du Praticien - Médecine Générale. Tome 15, n°531 du 19 mars 2001, pages 559-561.

[19] Dr F. GUILLOU, Dr P. LE PLAT, Dr V. FOUCQUES DUPARC - « **Kinésithérapie : la nouvelle ordonnance** » - La revue du praticien - Médecine Générale. Tome 16, n° 593 du 25 novembre 2002, pages 1697-1698.

[20] Pr M. REVEL - « **Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie** » - La Revue du Praticien-Médecine Générale, 2003, volume 53, pages 1931-1936.

[21] « **La rédaction d'une ordonnance de kinésithérapie** » - La Revue Prescrire, Décembre 1992, Tome 12, n° 124, pages 621-624.

[22] « **Evolution des rôles infirmiers-kinés-médecins** » - La Revue Prescrire, Mars 2000, Tome 20, n°204, pages 224-225.

[23] « **Evolution des rapports kinés-médecins** » - La Revue Prescrire, Décembre 2011, Tome 21, n° 223, page 858.

[24] C. BONNAL, J. MATHARAN, J. MICHEAU - « **La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux** » - Rapport d'étude, Décembre 2009 – Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative – DREES – MA0800578 – ONDPS. Disponible sur : www.pleinsens.fr.

[25] A. MARIAGE, S. LE LAIDIER, Dr C. CHATELIER - « **Nouvelles pratiques de kinésithérapie. Bilan six mois après la réforme** » - Assurance Maladie, 2001.

[26] Ministère du travail et des Affaires Sociales. Décret n°95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel 1995 ; 8 septembre : 13305-11.

[27] C. LACOMERE - « **Le statut légal du kinésithérapeute** ». In: Guide du kiné fiscal, administratif, juridique. Paris: Éditions Lamarre; 1997. p.34-6.

[28] A. BRANDT - « **Comment optimiser la prise en charge des lombalgiques chroniques par le médecin généraliste en utilisant des ressources multidisciplinaires** » - Thèse d'exercice : Docteur en Médecine, Faculté de Nancy, 2010. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_BRANDT_AURELIE.pdf

[29] M. GEDDA, P. TRUDELLE, A.F PAUCHET-TRAVERSAT, B. RICHE, N. MLIKA-CABANNE, A. DUROCHER - « **Enquête de pratique sur le dossier de masso-kinésithérapie** » - ANAES, Paris ; Annales de Kinésithérapie, 2000, t.27, n°5, pages 205-228, Edition Masson.

[30] Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, - **Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière. Monographie de masseur-kinésithérapeute** -, Ministère de la Santé et des Sports, Octobre 2008.

Sites Webs consultés

Service de Documentation Numérique de l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen
<http://www.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/documentation.html>

AFREK Association Française de Recherche et d'évaluation en Kinésithérapie :
<http://www.afrek.org>

AMELI Assurance Maladie en Ligne : <http://www.ameli.fr>

ARS Océan Indien : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr>

CNKE Compagnie Nationale des Kinésithérapeutes Experts : <http://www.kinelegis.com>

CNKS Collège National des Kinésithérapeutes Salariés : <http://www.cnks.org>

COFEMER Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique et Réadaptation : <http://www.cofemer.fr>

FFMKR Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs :
<http://www.ffmasso-kinésithérapie.org>

HAS Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>

IRDES Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé :
<http://www.irdes.fr>

<http://www.kinescoop.com>

<http://www.kineservices.com>

Legifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : <http://www.dress.sante.gouv.fr>

Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes : <http://www.oredremk.fr>

Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes de la Réunion : <http://www.omk-run.org>

Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes de la Somme : <http://kinesitherapeutes.info/omkr80>

ORS Observatoire Régional de la Santé à la Réunion : <http://www.ors-reunion.org>

SFP Société Française de Physiothérapie : <http://www.sfphysio.fr>

SNMKR Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs
<http://www.snmasso-kinésithérapie.fr>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Serment de l'Ordre des Médecins de 1996, par le Professeur Bernard Hoerni

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »